BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Dr. T. Genceau

DR. E. CARCEAU,
207 MARLBOROUGH ST.
BOSTON, MASS.

TRAITÉ PRATIQUE

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENTS

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR.

Des Moyens de prévenir et d'arrêter la fausse couche et l'accouchement prématuré. Thèse, Paris, 1842.

Des Pertes d'eau pendant la grossesse. Paris, 1842 (*Bulletin général de Thérapeutique*). In-8, 8 pages.

Fœtus anencéphale d'un volume considérable, engendré par une primipare de 43 ans, dont le bassin est rétréci, et extrait au moyen du céphalotribe. Paris, 1843. In-8, 6 pages.

De la Conversion et de la présentation de la face en présentation du sommet, et de l'application du forceps dans les positions mento-postérieures de la présentation de la face. Paris, 1844. In-8 de 32 pages, avec 8 figures.

De l'Éducation physique des enfants, depuis la naissance jusqu'au sevrage. Paris, 1844. In-8.

Des Circonstances qui s'opposent à ce que le pronostic de l'accouchement soit établi d'une manière exacte dans les vices de conformation du bassin. Paris, 1846 (*Bulletin général de Thérapeutique*). In-8 de 12 pages.

De l'Atténuation de la douleur dans les contractions pathologiques pendant une grande perte du travail de l'accouchement. Paris, 1850 (*Union médicale*). In-8 de 8 pages.

Observations de compression de l'aorte dans l'hémorrhagie grave après l'accouchement. Paris, 1852 (*Union médicale*). In-8 de 14 pages.

De l'Accouchement prématuré artificiel et des moyens conseillés pour réduire le volume de l'enfant à terme. Paris, 1851 (*Gazette médicale*). In-8 de 28 pages.

De l'Accouchement provoqué avant le terme de la viabilité et de l'opération césarienne. Paris, 1852 (*Union médicale*). In-8 de 8 pages.

De l'Éther et du Chloroforme dans le travail naturel de l'accouchement. Paris, 1853 (*Bulletin général de Thérapeutique*). In-8, 32 pages.

De la Compression de l'aorte dans l'hémorrhagie grave après l'accouchement; appréciation des observations publiées contre ce procédé (*Journal des Connaissances médicales*). In-8 de 16 pages.

Considérations pratiques sur l'application du forceps et du céphalotribe au-dessus du détroit supérieur (*Bulletin général de Thérapeutique*). In-8 de 8 pages, avec 2 figures.

De certains procédés généralement conseillés en obstétrique qui sont ou inutiles ou inapplicables, ou dangereux, et de ceux qu'on peut leur substituer avec avantage.

De l'incision oblique de la vulve comme moyen de prévenir la rupture du périnée (*Bulletin général de Thérapeutique*). In-8 de pages.

Cas de monstruosité. In-8 de 4 pages avec 1 fig.

Corbeil, typographie et stéréotypie de Crété.

TRAITÉ PRATIQUE

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENTS

DR. E. GARCEAU,
397 MARLBOROUGH
BOSTON, MASS.

PAR

CHAILLY-HONORÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
EX-CHEF DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ DE PARIS,
PROFESSEUR D'ACCOUCHEMENTS, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

QUATRIÈME ÉDITION, REVUE ET CORRIGÉE

Avec 282 figures intercalées dans le texte.

OUVRAGE ADOPTÉ PAR LE CONSEIL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

J. B. ROLLAND & FILS
LIBRAIRES
RUE ST VINCENT
MONTREAL.

PARIS

J. B. BAILLIERE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES,
H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

NEW-YORK,
BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1861

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

JUL 13 1921
LIBRARY

http://www.archive.org/details/traitpratiqued00chai

Dr. T. Gerceau

DOCTISSIMO ATQUE OPTIMO VIRO

PETRO MARIÆ HONORÉ,

PATRI MIHI ALTERI,

EX MEDICIS NOSOCOMII QUOD HOTEL-DIEU DICITUR UNI,

MEDICÆ ACADEMIÆ PARISIENSIS SOCIO;

FILIÆ CARISSIMÆ ET DESIDERATISSIMÆ

IN FLORE JUVENTUTIS EREPTÆ,

PIÆ DILECTIONIS MONUMENTUM.

UNIVERSITÉ DE FRANCE.

MINISTERE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Paris, le 24 juillet 1842.

Monsieur,

Le Conseil royal de l'Instruction publique a examiné, dans sa séance du 12 juillet courant, le *Traité pratique de l'art des accouchements* que vous avez présenté à l'adoption universitaire.

D'après la délibération du Conseil royal, l'usage de ce traité est autorisé dans les Facultés, les Écoles préparatoires de médecine, et dans les Cours départementaux institués pour l'instruction des sages-femmes.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Pair de France, Ministre de l'Instruction publique,

VILLEMAIN.

Monsieur CHAILLY-HONORÉ, D. M. Paris.

AVERTISSEMENT

DE LA QUATRIÈME ÉDITION.

Pendant les quelques années qui se sont écoulées depuis la publication de la Troisième édition, cherchant le calme de l'esprit au milieu d'une vie agitée, je me suis voué avec une nouvelle ardeur à la pratique de notre art.

Ce sont les résultats des observations que j'ai pu consigner chaque jour pendant ce temps, que je viens ajouter aujourd'hui à cette Quatrième édition, qui du reste diffère peu de la Troisième.

Paris, 15 décembre 1860.

PRÉFACE DE LA TROISIÈME ÉDITION

L'accueil bienveillant que les praticiens ont fait à la première et à la seconde édition de cet ouvrage, son adoption par un grand nombre de professeurs des écoles d'accouchement des départements et de l'étranger (1), et la conscience que j'ai qu'il a contribué à rectifier dans la pratique de graves erreurs et à modifier avantageusement certains procédés, m'ont imposé le devoir d'apporter tous mes soins à la révision de cette troisième édition et de la rendre le moins imparfaite possible. Rien n'a été changé dans l'ordre d'exposition ni dans la méthode que j'ai adoptée, mais je me suis attaché à compléter surtout la partie pratique : ainsi j'ai ajouté dans cette troisième édition des chapitres étendus sur les tumeurs du bassin, sur l'accouchement prématuré artificiel, sur l'application du forceps au détroit supérieur, sur l'usage des anesthésiques dans le travail de l'accouchement, sur la compression de l'aorte dans les cas d'hémorrhagie.

J'ai encore simplifié les manœuvres mises en usage dans les présentations de l'épaule, etc., etc., et toutes ces modifications pratiques sont élucidées par de nouvelles figures et appuyées sur de nombreuses observations, prises tant en ville qu'à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré, de si regrettable mémoire.

Comme dans les deux précédentes éditions, j'ai été avare de citations ; mais cependant, pour répondre à une opposition qui n'a pas toujours été inspirée par l'amour de la science et qui aurait pu nuire à l'adoption de certains procédés de l'excellence desquels je suis convaincu, je me suis vu dans l'obligation de citer des faits propres à appuyer les doctrines que je m'efforçais de faire prévaloir.

La première édition contenait 216 planches gravées, interca-

[1] Ce traité a été traduit, en anglais, à New-York, par M. Gunning-Bedford, qui vient de donner la septième édition; et en espagnol, avec décret spécial de la reine qui l'adopte pour les écoles.

lées dans le texte, la seconde en contenait 248, la troisième édition en contient 275. Ces augmentations ont surtout porté sur des points de pratique.

Enfin, pour rendre les recherches plus faciles, j'ai placé en tête de ce traité une table par ordre de matières, et à la fin une table par ordre alphabétique.

Qu'il me soit permis de nouveau, en terminant, de prier M. Ricord d'agréer l'expression de ma reconnaissance pour les indications précieuses que je lui dois, et de témoigner à MM. Bischoff, Stoltz, Cruveilhier, Duparcque, Vidal (de Cassis), Coste, Lenoir, Jacquemier, Raciborski, Lacour, etc., combien leurs publications m'ont été utiles.

Mes amis les docteurs Marrotte, Crouzet et A. Belin, voudront bien accepter aussi l'assurance de ma gratitude pour leur bienveillante coopération.

Quant à M. J. B. Baillière, qui m'a encouragé et soutenu dans ce travail de longue haleine, il connaît toute la vive reconnaissance que m'ont inspirée les nombreux témoignages d'affection que j'ai reçus de lui dans les circonstances les plus importantes de ma carrière médicale.

Paris, 20 septembre 1852.

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

La partie pratique des accouchements est celle que je me suis attaché spécialement à traiter dans cet ouvrage ; j'y ai réuni le plus succinctement possible, mais cependant avec les développements convenables, tous les préceptes dont j'ai pu constater l'excellence.

Voué depuis quatorze années à la pratique de l'art obstétrical, j'ai dû à la bienveillance de M. P. Dubois de me trouver placé de bonne heure auprès de lui dans une position tout exceptionnelle, d'abord comme son élève, puis comme son aide en ville,

enfin comme son chef de clinique à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, et j'ai pu, à une aussi bonne école, souvent en ville, quelquefois à la Maternité, journellement à la Clinique, vérifier par ma propre expérience, et bien plus encore par celle de mon maître, l'excellence des procédés que je conseille.

On ne s'étonnera pas, d'après cela, de voir l'enseignement de M. P. Dubois si exactement reproduit dans cet ouvrage, et d'y trouver les manœuvres très-simplifiées et débarrassées surtout de cette foule de procédés que l'on retrouve dans les ouvrages, même les plus nouveaux, et qui, pour la plupart enfantés sur le mannequin, sont inutiles, inexécutables sur le vivant, et souvent très-dangereux dans la pratique.

J'ai aussi beaucoup emprunté aux excellentes publications de madame Lachapelle, de Désormeaux, de Capuron, de Nægelé, de MM. Stoltz, Velpeau. La partie théorique de l'ouvrage de M. Cazeaux m'a fourni aussi de très-utiles indications.

Cependant, je n'ai fait qu'un très-petit nombre de citations, j'ai pris partout ce qui m'a paru bon, laissant à chacun le droit de revendiquer ce qui pourra lui appartenir dans ce traité, mais me réservant spécialement le choix des procédés, leur appréciation pratique, et l'ordre dans lequel ils sont rangés.

Tous les ouvrages d'accouchement, et notamment les plus remarquables, contiennent des considérations, des raisonnements, des discussions dont je reconnais toute la valeur pour celui qui veut étudier la science proprement dite, mais qui ne sont d'aucun intérêt pour le praticien ; je les ai omis à dessein, pensant qu'il valait mieux m'étendre le plus longuement possible sur une foule de points pratiques, qui n'ont pas été traités ou qui l'ont été incomplétement.

Quant à l'ordre suivant lequel j'ai rangé les matières, il m'a semblé le plus rationnel. L'obstétrique est un tout composé de parties très-dissemblables, dont quelques-unes doivent être divisées pour s'accommoder aux autres.

Ainsi, si l'on envisage les manœuvres comme tête de chapitres, on sera obligé de scinder la grossesse, l'accouchement et les suites de couches en autant de petites subdivisions qu'il y a de procédés, et alors, pour savoir tout ce qu'il convient de faire dans

tel cas particulier, dans telle présentation du fœtus, il faut chercher dans une infinité de chapitres ces parties séparées, afin d'en former un ensemble.

L'accoucheur envisagera d'un seul coup d'œil tous les détails d'un procédé, mais il ne trouvera pas réunies dans un même article toutes les indications qu'il convient de remplir dans la grossesse, dans chaque présentation du fœtus et dans les suites de couches.

Cette marche suivie par mes devanciers, excepté par madame Lachapelle, me semble beaucoup moins pratique ; elle expose, en outre, à beaucoup plus de redites que celle que j'ai adoptée ; dans celle-ci, au contraire, tous les accidents et les moyens d'y remédier sont envisagés à mesure que les premiers se manifestent, d'abord dans la grossesse, puis dans chaque présentation du fœtus, enfin dans les suites de couches, exactement comme cela se présente dans la pratique.

Par ce moyen, la grossesse, l'accouchement subdivisé en quatre présentations, et les suites de couches, forment des parties indivises, dans lesquelles viennent se grouper les accidents et les manœuvres qu'ils nécessitent ; les manœuvres cessent d'être des abstractions ; elles sont appropriées aux cas qui en requièrent l'usage. Ainsi lorsqu'un accident vient à se manifester pendant la grossesse, l'accoucheur trouve dans la partie consacrée à la grossesse l'histoire de cet accident et les indications qu'il requiert. Si c'est pendant le travail que se déclare cet accident, l'homme de l'art retrouve encore cet accident envisagé au point de vue de son traitement pendant le travail, dans la partie consacrée au travail ; enfin il en est de même pour les suites de couches.

Cette marche toute pratique fera envisager d'un seul coup d'œil, au praticien, l'accident qu'il peut avoir à combattre, les moyens d'y remédier et l'ordre suivant lequel les indications doivent être remplies.

En procédant ainsi, il m'a été facile d'entrer dans une foule de petits détails qui pourront paraître trop minutieux à des esprits peu pratiques, mais qui seront appréciés des véritables accoucheurs, et qui ne tarderont pas à l'être des élèves. Ces derniers, ainsi que les sages-femmes, me sauront gré du soin que j'ai mis à détailler les procédés opératoires, à formuler les médicaments, à

guider leur inexpérience au milieu des difficultés, des obstacles de toute nature dont l'art obstétrical est hérissé.

Ils trouveront aussi les anciennes mesures jointes aux nouvelles, afin que par la comparaison il leur soit plus facile de se graver ces dernières dans la mémoire.

Enfin, pour éviter le reproche d'obscurité, que j'entends souvent faire à des ouvrages didactiques qui sont cependant fort clairs pour les personnes familiarisées avec la matière, j'ai intercalé dans le texte un grand nombre de figures gravées sur bois, et pour être plus sûr de leur exactitude, je les ai composées pour la plupart et je les ai dessinées toutes moi-même ; j'ai l'intime conviction qu'elles faciliteront singulièrement l'intelligence du texte.

Les descriptions les plus méthodiques et les plus claires laissent bien peu de chose dans l'esprit, quand elles s'appliquent à des procédés qui se composent d'une multitude de détails ; on les suit aisément, au contraire, on les comprend et on les retient sans peine, quand, en les étudiant, on a sous les yeux la représentation fidèle de la position des parties, et celle de la marche qu'on doit faire suivre soit aux mains, soit aux instruments.

Au reste, j'en parle d'après ma propre expérience : je me rappelle en effet combien quelques figures que je griffonnais dans mes cahiers de notes, aux cours et à la salle d'accouchement, figures qui, pour la plupart, sont reproduites ici, avaient servi à graver dans ma mémoire des faits que quelques pages n'auraient pu y fixer, et combien sont journellement utiles à mes élèves les planches que je leur fais voir dans mes cours.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de témoigner toute ma gratitude à M. Honoré, mon beau-père, pour ses excellents avis ; à M. Rigaud, professeur de la faculté de Strasbourg ; à MM. les docteurs Devilliers fils et Brasier, pour leur utile coopération.

Paris, le 5 mars 1842.

TABLE DES MATIÈRES.

Dédicace v
Lettre du Ministre de l'Instruction publique vii
Avertissement de la quatrième édition viii
Préface de la troisième et de la première édition ix
Introduction 1

PREMIÈRE PARTIE.

ORGANES DE LA FEMME QUI CONCOURENT A LA PARTURITION.

Chap. I. Du bassin 3
Art. I. Des os du bassin 4
Art. II. Des articulations du bassin 8
Art. III. Du bassin en général 11
Art. IV. Modifications apportées par les parties molles dans la structure du bassin 16
Chap. II. Des organes de la génération 20
Art. I. Des ovaires 20
Art. II. Des trompes utérines 27
Art. III. De l'utérus 27
Art. IV. Du vagin 37
Art. V. De la vulve 40
Art. VI. Du périnée 42
Art. VII. Des annexes de l'appareil génital de la femme 42

DEUXIÈME PARTIE.

DE LA GROSSESSE.

Chap. I. De la grossesse normale 48
Art. I. Des modifications de l'utérus et du produit 48
Art. II. Diagnostic de la grossesse 63
Art. III. De la grossesse composée 129
Chap. II. De la grossesse anormale. — De la grossesse extra-utérine 133
Chap. III. De la fausse grossesse ou des affections qui peuvent simuler la grossesse 141
Art. I. Rétention des menstrues 141
Art. II. Hydromètre et tympanite 142
Art. III. Des phénomènes nerveux ou hystériques simulant la grossesse.. 143
Art. IV. De la grossesse molaire 144

Chap. IV. Des incommodités et des maladies qui peuvent survenir pendant le cours de la grossesse 146
Art. I. Pléthore, hémorrhoïdes, chloro-anémie, état nerveux 148
Art. II. De certains troubles fonctionnels en particulier 156
Art. III. De l'albuminurie 176
Art. IV. Des convulsions et de l'éclampsie 181
Art. V. Du rhumatisme utérin 202
Art. VI. Troubles des fonctions de la vessie et des reins; varices et thrombus; sécrétion exagérée; inflammation et ulcération des follicules de la vulve et du vagin; relâchement des symphyses; hydropisie de l'amnios; hydrorrhée 203
Art. VII. Des vices de conformation 213
Art. VIII. Des vices de conformation des parties molles pendant la grossesse 266
Art. IX. Des déplacements de l'utérus pendant la grossesse 267
Art. X. De la tuméfaction et de l'endolorissement des seins 269
Art. XI. De la tension des parois de l'abdomen et spécialement de la peau. 270
Art. XII. Des démangeaisons 270
Art. XIII. De l'avortement et de l'hémorrhagie pendant la grossesse 271
Chap. V. De l'accouchement prématuré 310
Chap. VI. Des ruptures de l'utérus pendant la grossesse 311
Chap. VII. De l'état de souffrance de l'enfant pendant la grossesse; des causes de cet état et des moyens de la reconnaître 320
Art. I. Pléthore locale 320
Art. II. Mort du fœtus pendant la grossesse 324
Chap. VIII. De la grossesse compliquée d'ascite ou de tumeurs enkystées de l'ovaire 326
Chap. IX. Soins relatifs à la grossesse 334
Chap. X. Influence de la grossesse sur les maladies 336

TROISIÈME PARTIE.

DE L'ACCOUCHEMENT.

TITRE Ier. De l'accouchement spontané à terme 339
Chap. I. Des causes de l'accouchement 340
Art. I. Causes déterminantes 340
Art. II. Causes efficientes 341
Chap. II. Des phénomènes physiologiques du travail 343
Art. I. Signes précurseurs du travail 343
Art. II Première époque du travail 344
Art. III. Deuxième époque du travail 345
Art. IV. Troisième époque du travail 347
Art. V. Durée du travail 347
Art. VI. Phénomènes physiologiques du travail 347
Art. VII. Des présentations et des positions du fœtus 353
TITRE II. De la présentation du sommet ou de la tête fléchie 360
Art. I. Mécanisme de l'accouchement spontané 364
Art. II. Anomalies dans le mécanisme de l'accouchement spontané 377
Art. III. Accouchement par le sommet, dans le cas de grossesse gémellaire. 384

Art. IV. Pronostic..... 385
Chap. I. Des soins qu'il faut donner à la femme, pendant le travail..... 386
Chap. II. Des soins à donner à l'enfant et à la mère, après l'accouchement. 396
Art. I. Apoplexie et asphyxie des nouveau-nés..... 397
Art. II. Asphyxie des nouveau-nés..... 399
Art. III. Faiblesse congéniale..... 399
Art. IV. De la délivrance naturelle..... 401
Art. V. Des suites de couches et des soins que réclame la femme en couches; de ceux qu'il convient de donner à l'enfant, pendant le même temps..... 404
Chap. III. Accidents qui sont de nature à retarder ou à empêcher l'accouchement..... 414
Art. I. Faiblesse des contractions par inertie de l'utérus, et des causes qui peuvent les produire..... 415
Art. II. Des contractions irrégulières ou pathologiques..... 423
Art. III. Épuisement des forces..... 425
Art. IV. Rhumatisme utérin..... 425
Art. V. Obliquités de l'utérus..... 426
Art. VI. Hernie de l'utérus..... 430
Art. VII. Prolapsus utérin..... 430
Art. VIII. Sensibilité des organes..... 433
Art. IX. Vomissements..... 436
Art. X. Syncope..... 437
Art. XI. Crampes..... 437
Chap. IV. Des maladies étrangères au travail, qui nécessitent les soins particuliers de l'accoucheur, et quelquefois son intervention..... 437
Chap. V. Des accidents qui sont de nature à compromettre la vie de la mère ou de l'enfant..... 439
Art. I. De la procidence du cordon ombilical..... 439
Art. II. De l'écoulement des eaux teintes de méconium..... 449
Art. III. De la brièveté du cordon..... 450
Art. IV. De l'hémorrhagie utérine, à une époque avancée de la grossesse et pendant le travail..... 454
Art. V. Éclampsie pendant le travail..... 474
Art. VI. Ruptures de l'utérus..... 483
Art. VII. Rupture du vagin..... 489
Chap. VI. Difficultés résultant d'anomalies dans le mécanisme de l'accouchement..... 490
Art. I. Anomalies du premier temps de flexion..... 490
Art. II. Anomalies du second temps d'engagement..... 491
Art. III. Anomalies du troisième temps de rotation..... 491
Art. IV. Anomalies du quatrième temps de dégagement..... 492
Art. V. Anomalies du cinquième temps : rotation extérieure de la tête, intérieure des épaules..... 492
Chap. VII. Obstacles mécaniques à l'accouchement..... 493
Art. I. Résistance et rupture des membranes..... 493
Art. II. Obstacles dus au col de l'utérus..... 494
Art. III. Engagement d'une autre partie fœtale en même temps que de la tête..... 509
Art. IV. Variétés de présentation..... 515

Art. V. Fœtus multiples isolés..... 523
Art. VI. Fœtus monstres..... 527
Art. VII. Obstacles déterminés par les parties molles..... 532
Art. VIII. Indications que les vices de conformation du bassin et l'excès de volume du produit présentent à remplir pendant le travail..... 538
Art. IX. Tumeurs développées dans l'utérus, ou en dehors de cet organe, et dans tout le trajet du canal pelvien..... 563
Art. X. Tumeurs de la vulve et du vagin..... 597
Art. XI. Excès de volume du fœtus..... 599
Art. XII. Développement anormal de certaines parties du fœtus..... 600

Chap. VIII. Opérations obstétricales..... 608
Art. I. Du forceps..... 608
Art. II. De la version..... 668
Art. III. De la céphalotomie..... 712
Art. IV. Des opérations qui se pratiquent sur la mère..... 725

TITRE III. De la présentation de la face ou de la tête défléchie..... 766
Art. I. Mécanisme de l'accouchement spontané..... 771
Art. II. Anomalies dans le mécanisme de l'accouchement spontané..... 777
Art. III. Pronostic pour la mère..... 781
Art. IV. Pronostic pour l'enfant..... 782

Chap. I. De la conduite que l'accoucheur doit tenir dans l'accouchement par la face..... 783

Chap. II. Des accidents qui peuvent se manifester pendant tout le cours de l'accouchement, lorsque la face se présente..... 798
Chap. III. Difficultés résultant d'anomalies dans le mécanisme de l'accouchement..... 799

Chap. IV. Obstacles mécaniques à l'accouchement..... 800
Art. I. Variétés de présentation..... 800
Art. II. Vices de conformation du bassin..... 802

Chap. V. Règles générales de l'application du forceps, dans la présentation de la face..... 803
Art. I. Règles particulières de l'application du forceps, quand la face est dans l'excavation..... 803
Art. II. Règles particulières de l'application du forceps, quand la face est au détroit supérieur..... 817
Art. III. Règles particulières de l'application du forceps, quand la face est mobile au-dessus du détroit supérieur..... 818

Chap. VI. De la version, dans les présentations de la face..... 818

TITRE IV. Présentation de l'extrémité pelvienne..... 819
Art. I. Mécanisme de l'accouchement spontané..... 823
Art. II. Anomalies dans le mécanisme de l'accouchement spontané..... 827
Art. III. Pronostic de l'accouchement par l'extrémité pelvienne..... 830
Chap. I. Des accidents qui peuvent se manifester pendant tout le cours de l'accouchement lorsque l'extrémité pelvienne se présente..... 835
Art. I. Difficultés résultant d'anomalies dans le mécanisme de l'accouchement..... 837
Art. II. Obstacles mécaniques à l'accouchement..... 838

Chap. II. Opérations obstétricales propres à la présentation de l'extrémité pelvienne..... 843

Art. I. L'extrémité pelvienne se présente complète..... 843
Art. II. L'extrémité pelvienne se présente décomplétée par les fesses.... 846

TITRE V. Des présentations du tronc..... 847

Chap. I. Procédés opératoires..... 855
Art. I. Suppléer la nature..... 855

Chap. II. De la délivrance artificielle..... 889
Art. I. Inertie utérine..... 890
Art. II. Faiblesse du cordon..... 890
Art. III. Contraction spasmodique ou irrégulière de l'utérus..... 891
Art. IV. Adhérences anormales..... 894
Art. V. Accidents de la délivrance..... 896

QUATRIÈME PARTIE.

ACCIDENTS DES SUITES DE COUCHES.

Chap. I. Accidents des suites de couches..... 925
Art. I. Accidents de la sécrétion laiteuse..... 925
Art. II. Lacérations des parties molles..... 934

Chap. II. Maladies des enfants nouveau-nés..... 981

CINQUIÈME PARTIE.

DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES ENFANTS, DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'AU SEVRAGE.

Chap. I. De l'allaitement maternel..... 1014
Art. I. Des circonstances qui peuvent faire espérer qu'une femme pourra nourrir..... 1014
Art. II. Des soins à prendre pendant la grossesse pour faciliter l'allaitement..... 1016
Art. III. Considérations sur l'allaitement maternel..... 1017
Art. IV. Des précautions et des soins qu'exige l'allaitement maternel.... 1019

Chap. II. Allaitement par les nourrices. — Choix d'une nourrice..... 1022

Chap. III. De l'allaitement artificiel..... 1042

Chap. IV. De quelques soins indispensables à la santé de l'enfant..... 1045
§ 1. Du sommeil des enfants et de toutes les précautions qui s'y rattachent..... 1045
§ 2. Des bains, de la toilette et des soins de propreté..... 1048
§ 3. Du sevrage..... 1053
§ 4. De la vaccine..... 1055

Appendice. — Déclaration de la naissance..... 1058

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TRAITÉ PRATIQUE

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENTS

BOSTON MEDICAL
JUL 13 1921
LIBRARY

INTRODUCTION

On donne le nom d'*accouchement* à l'expulsion spontanée du fœtus et de ses dépendances à travers le bassin, en vertu de l'action de certains organes.

La connaissance de l'accouchement spontané doit, de toute nécessité, précéder l'étude des manœuvres qu'exigent les accouchements laborieux ; car c'est sur les procédés employés par la nature, pour déterminer l'expulsion du produit, que sont basés les procédés que l'art met en usage pour extraire le fœtus, règle qui, cependant, n'est pas sans exception, comme on le verra par la suite.

Mais, pour bien comprendre les phénomènes d'expulsion spontanée, l'accoucheur doit aussi parfaitement connaître les parties de la mère que le fœtus doit traverser, les différentes régions du fœtus qui peuvent se présenter à l'orifice (les présentations), et le rapport de ces parties avec celles de la mère (les positions).

Aussi je commencerai par décrire le bassin et les organes qui concourent à la parturition, ensuite le produit expulsé, puis je passerai à la description de l'accouchement spontané dans chaque présentation du fœtus et dans chaque position de ces présentations; je terminerai par la description des accidents qui peuvent compliquer chaque présentation, par celle des indications à remplir et des manœuvres à exécuter dans ces diverses circonstances. J'ai adopté, comme on le verra, une marche qui n'oblige pas à d'aussi fréquentes répétitions que la marche généralement suivie, et qui permet d'exposer les obstacles et les accidents que l'art est appelé à combattre, dans l'ordre suivant lequel ils peuvent se manifester chez la femme depuis le début du travail jusqu'à sa terminaison. De cette

manière, le praticien aura l'ensemble complet de phénomènes spontanés d'expulsion dans chaque présentation, et toutes les indications pratiques que chaque présentation peut requérir en cas d'accident.

Tout ce qui se rattache à la pratique de l'art des accouchements faisant partie de ce cadre, je n'aurai pas seulement à m'occuper des accidents auxquels la femme est exposée pendant le travail ; les maladies qui peuvent l'atteindre pendant la grossesse et après les couches, et les soins que ces divers états réclament, doivent aussi trouver place dans ce traité ; il en sera de même des accidents qui peuvent compromettre la vie du produit et des soins matériels qu'il exige depuis les premiers moments de la conception jusqu'aux six premières semaines qui suivent l'accouchement.

PREMIÈRE PARTIE

ORGANES DE LA FEMME

QUI CONCOURENT A LA PARTURITION.

CHAPITRE PREMIER

DU BASSIN.

Le bassin (*pelvis*), ainsi appelé sans doute à cause de sa ressemblance avec le bassin des barbiers, est un appendice de la grande cavité abdominale ; il est destiné à loger, à protéger, à soutenir un grand nombre d'organes, et en particulier une partie des organes de la digestion et des voies urinaires, tous les organes internes de la génération, des vaisseaux et des nerfs très-importants.

Le bassin, situé entre le tronc qu'il supporte et les membres inférieurs, est un canal courbe, constitué par des éléments osseux, dont les formes et les dimensions sont modifiées par les parties molles. La charpente osseuse est formée par quatre os : le sacrum, le coccyx et les deux os iliaques, qui sont réunis entre eux par des articulations et des ligaments.

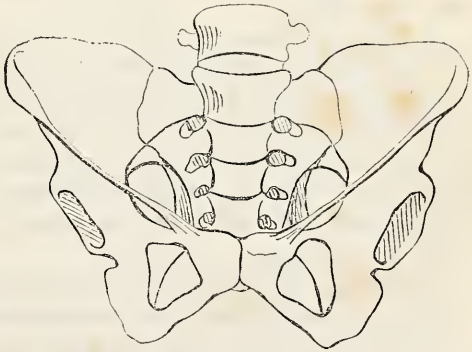


Fig. 1.

L'étude du bassin n'ayant une véritable utilité pour l'accoucheur que lorsque les divers éléments qui le constituent sont associés, je décrirai succinctement chacun des os qui le composent, et je m'attacherai surtout à donner une description générale et complète de son ensemble, et spécialement de sa face intérieure.

ARTICLE Ier

DES OS DU BASSIN.

§ 1. — Du sacrum.

Le sacrum, ainsi nommé parce que chez les anciens cette partie de la victime était offerte aux dieux dans les sacrifices, est situé à la partie postérieure et médiane du bassin, bien en arrière du point où ce canal s'articule avec les fémurs, circonstance avantageuse à la station. Il est enclavé à la manière d'un coin, entre les os coxaux, et répond en haut à la colonne vertébrale proprement dite, en bas au coccyx.

Le sacrum est dirigé, relativement à l'axe du corps, obliquement d'avant en arrière et de haut en bas; d'où il résulte que la colonne représentée par le sacrum forme, avec la colonne lombaire, un angle obtus, saillant en devant, rentrant en arrière : cet angle est nommé angle sacro-vertébral ou promontoire.

Indépendamment de cette direction oblique, par rapport à l'axe du corps, le sacrum est recourbé sur lui-même d'arrière en avant, de manière à offrir une concavité antérieure beaucoup plus prononcée chez la femme que chez l'homme.

La forme du sacrum est très-irrégulière : on l'a rapportée à une pyramide quadrangulaire dont la base serait dirigée en haut. Quoi qu'il en soit, cet os aplati d'avant en arrière présente quatre faces et deux extrémités.

La face postérieure présente sur la ligne médiane les rudiments des apophyses épineuses vertébrales ; au-dessous de celle-ci, une gouttière constituée par la terminaison du canal sacré, et terminée latéralement par deux tubercules ; de chaque côté, les trous sacrés, au nombre de quatre, lesquels donnent passage aux nerfs de ce nom ; plus en dehors, une série d'éminences qui rappellent les apophyses articulaires des vertèbres; enfin, deux dépressions où se fixent les ligaments sacro-iliaques.

La face antérieure est concave de haut en bas. Cette courbure du sacrum est beaucoup plus considérable chez la femme. Au reste, rien n'est aussi variable que cette courbure, et cela s'explique par les usages de cet os, qui sert de base de sustentation à tout le corps. Cette face antérieure est divisée par quatre lignes saillantes, entre lesquelles se trouvent des gouttières peu profondes : de chaque côté, les orifices antérieurs des nerfs sacrés antérieurs; plus en dehors, une surface concave, qui donne attache au muscle pyramidal, et qui est creusée par des sillons transversaux où se logent les nerfs sacrés.

Les deux faces latérales, triangulaires, larges en haut, minces en bas où elles constituent de véritables bords, sont coupées obliquement d'avant en arrière, et de dehors en dedans, de telle sorte que le sacrum représente, entre les os coxaux, un coin antéro-postérieur aussi bien qu'un coin vertical. Ces deux faces offrent à leur partie antérieure et supérieure une surface semi-lunaire, rugueuse, qui s'articule avec l'os iliaque ; dans le reste de leur étendue, des saillies rugueuses où s'attachent les ligaments sacro-iliaques ; enfin, tout à fait en bas, un bord mince, tranchant, où s'insèrent les ligament ssacro-sciatiques.

La base présente : 1° une surface ovalaire très-étendue transversalement, taillée fortement en biseau de haut en bas et d'avant en arrière, qui s'articule avec la dernière vertèbre lombaire ; 2° l'extrémité supérieure du canal sacré ; 3° une apophyse épineuse, et sur les côtés de la ligne médiane deux larges surfaces, véritables apophyses transverses, et deux apophyses articulaires concaves, dirigées en arrière et en dedans.

Le sommet, dirigé en bas, s'unit au coccyx par une petite facette ovale.

Le sacrum, à l'intérieur, est creusé d'un canal appelé sacré, évasé supérieurement, recourbé comme le sacrum, triangulaire, continu en haut avec le canal vertébral, en bas terminé par l'échancrure postérieure. Ce canal présente latéralement quatre ouvertures qui communiquent à la fois avec les trous sacrés antérieurs et postérieurs.

§ 2. — Du coccyx.

Le coccyx, formé par trois ou quatre petits os unis entre eux par des fibro-cartilages, fait suite au sacrum ; sa face postérieure convexe n'est séparée de la peau que par le ligament sacro-coccygien postérieur, et donne attache aux muscles grands fessiers.

Sa face antérieure ou pelvienne est lisse, recouverte par le ligament sacro-coccygien antérieur, et traversée par des fissures, lignes séparatives des os.

Les bords latéraux reçoivent l'insertion des ligaments sacro-sciatiques antérieurs et des muscles ischio-coccygiens.

Sa base s'articule avec le sacrum ; en arrière sont deux apophyses dirigées de bas en haut (cornes du coccyx) ; en dehors sont deux échancrures converties en trous par des ligaments, qui livrent passage aux cinquièmes paires des nerfs sacrés. Son sommet tuberculeux, quelquefois bifurqué, donne attache au releveur de l'anus. Il n'est pas rare de voir les dernières pièces du coccyx déviées à droite ou à gauche.

§ 3. — De l'os iliaque.

L'os iliaque, placé sur les parties latérales et antérieures du bassin, est pair et dépourvu de symétrie; il est large, et comme tordu en deux sens différents, rétréci à sa partie moyenne, et divisé en deux faces et quatre bords.

La *face externe* se divise en deux parties : la plus postérieure, appelée fosse iliaque externe, présente une petite surface inégale où s'insère le muscle grand fessier; plus en avant, la ligne courbe supérieure où s'insère le moyen fessier, la ligne courbe inférieure, au-dessous de laquelle s'attache le petit fessier; la partie la plus antérieure présente en haut la cavité cotyloïde; puis au-dessous le trou sous-pubien, triangulaire, donnant attache, à sa circonférence, à une membrane fibreuse, excepté en haut où passent les vaisseaux et nerfs obturateurs; en dehors du trou, une surface presque plane où s'implantent les muscles adducteurs de la cuisse et l'obturateur externe; enfin une coulisse pour le tendon de l'obturateur interne.

La *face interne* ou abdominale est constituée en haut par la fosse iliaque interne, en arrière par une surface articulaire unie au sacrum, et des inégalités très-saillantes où se fixent les ligaments sacro-iliaques. Cette partie supérieure de l'os est séparée de la partie inférieure par une ligne qui fait partie du détroit supérieur; au-dessous de cette ligne, on trouve une surface plane presque triangulaire, qui répond à l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, et qui est recouverte par les muscles obturateur interne et releveur de l'anus; enfin le trou sous-pubien.

Le *bord supérieur*, ou crête iliaque, est arrondi et contourné en S romaine. Il est plus renflé à ses extrémités qu'à son centre. On l'a divisé en trois parties : la lèvre externe, la lèvre interne, et l'interstice. La lèvre externe sert à l'insertion des muscles grand oblique et grand dorsal; la lèvre interne reçoit celles du transverse et du carré des lombes, tandis que l'interstice appartient au petit oblique et au long dorsal. Ce bord est limité en arrière par l'épine iliaque postéro-supérieure, et en avant par l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le *bord inférieur* est beaucoup plus court que le précédent. Il présente d'avant en arrière : 1° une surface ovalaire un peu rugueuse, mais aplatie, appelée pubienne, et destinée à l'articulation médiane des deux os coxaux; 2° une portion osseuse mince, déjetée en dehors, qui concourt à former l'arcade pubienne, et qui fournit à l'insertion des muscles droit interne, transverse du périnée, ischio-caverneux, et à la racine du corps caverneux.

Le *bord antérieur* est le plus important de tous, sous le point de vue pratique. Dans son ensemble, il forme une grande échancrure, sur laquelle on distingue, en procédant de dehors et en dedans :

1° L'épine iliaque antéro-supérieure, qui donne attache, par sa lèvre externe au muscle tenseur du fascia lata, par l'interne au muscle iliaque, par l'interstice au couturier;

2° Une échancrure superficielle ;

3° L'épine iliaque antérieure et inférieure, destinée à l'insertion du tendon direct du muscle droit antérieur;

4° Une coulisse superficielle ;

5° L'éminence iléo-pectinée, qui représente le point de réunion des deux pièces importantes de l'os coxal;

6° Une surface triangulaire, limitée en dehors par l'éminence précédente, en arrière par la crête du pubis, en avant par un bord arrondi qui se continue avec le côté supérieur du trou sous-pubien, où s'insère le muscle pectiné, et qui supporte les principaux vaisseaux du membre inférieur;

7° L'épine saillante du pubis, sur laquelle s'insèrent le pilier externe de l'anneau inguinal, les muscles droit, pyramidal de l'abdomen, et premier adducteur;

8° Enfin, une échancrure superficielle sur laquelle glisse le cordon sus-pubien de l'utérus.

Le *bord postérieur* ou sciatique présente quatre apophyses et quatre échancrures. Les quatre apophyses sont, en procédant de haut en bas : les deux *épines iliaques postérieures*, où s'insèrent les ligaments sacro-iliaques; l'*épine sciatique*, servant en dehors à l'insertion du muscle jumeau supérieur, en dedans à l'ischio-coccygien, par son sommet au petit ligament sacro-sciatique; la *tubérosité sciatique*, la plus épaisse de toutes les portions de l'os coxal, qui donne attache en dehors au muscle jumeau externe, en dedans à l'ischio-coccygien, au milieu au biceps, au demi-tendineux, au demi-membraneux et au troisième adducteur.

Les trois échancrures sont ainsi disposées : la première, qui n'a pas reçu de nom spécial, sépare les deux épines iliaques postérieures; la seconde, la plus grande, appelée grande échancrure sciatique, limitée en arrière par l'épine iliaque postérieure et inférieure, en avant par l'épine sciatique, livre passage au muscle pyramidal, aux vaisseaux et nerfs sciatiques, fessiers et honteux internes; enfin, la troisième, appelée petite échancrure sciatique, livre passage au muscle obturateur interne, aux vaisseaux et aux nerfs honteux internes.

ARTICLE II

ARTICULATIONS DU BASSIN.

Les articulations du bassin sont au nombre de cinq : celle qui réunit lesdeux bords inférieurs des os des iles, et qui prend le nom de symphyse pubienne ; les deux symphyses sacro-iliaques qui unissent les mêmes os avec les faces latérales du sacrum; enfin les symphyses sacro-coccygiennes.

Pendant la grossesse, ces articulations se gonflent, se ramollissent; aussi quelques auteurs ont-ils pensé que ce ramollissement avait pour but de favoriser la parturition. J'ai pu me convaincre par des expériences faites sur le cadavre de femmes récemment accouchées, que chez la plupart des femmes, bien que le ramollissement existât, il était impossible, à l'aide des efforts les plus énergiques, d'augmenter le relâchement des articulations de quelques millimètres.

M. Stoltz admet aussi le relâchement des symphyses. Cette opinion est consignée dans la thèse de M. Bach, Strasbourg, 1832, et dans celle de M. Joyeux, 1842.

Dans quelques cas, cependant, ce ramollissement est porté à un très-haut degré, et le relâchement peut alors être très-considérable. Mais ce fait, tout exceptionnel, constitue un véritable état pathologique qui rendra souvent la marche impossible ; chez la femme vivante et dans l'état normal, cette disposition n'est jamais assez manifeste pour être perçue. Il n'en est pas de même dans certaines espèces animales inférieures, où ce ramollissement, sans lequel la parturition serait souvent impossible, est quelquefois si prononcé, que les os semblent perdus au milieu des parties molles. En un mot, si l'on trouve chez la femme des vestiges de cette disposition, qui n'est pas indispensable pour elle dans l'état normal, bien qu'elle puisse lui être si utile dans les cas de rétrécissement du bassin, on ne doit la considérer que comme la trace d'une de ces lois générales qui président à l'organisation de tous les animaux d'une même classe.

§ 1. — Symphyse pubienne.

Cette articulation est formée par le rapprochement des deux facettes pubiennes recouvertes d'une lame cartilagineuse, et qui sont presque partout liées entre elles par un fibro-cartilage inter-pubien, excepté en arrière, où ces surfaces se touchent par une petite partie de leur étendue. M. Cruveilhier fait remarquer, à ce sujet, qu'il existe beaucoup de variétés dans l'étendue respective de la partie continue

et de la partie contiguë des surfaces articulaires. Quelquefois ces surfaces sont continues l'une à l'autre dans leur presque totalité ; d'autres fois, au contraire, elles sont contiguës dans presque toute leur étendue. Cette dernière disposition a été rencontrée par ce professeur, chez une jeune femme morte dans le sixième mois de sa grossesse. Les os sont maintenus dans ces rapports, en avant par un plan fibreux assez épais, en arrière par des faisceaux ligamenteux fort minces et dépendant du périoste, en bas par un ligament appelé sous-pubien, de forme triangulaire, qui résulte d'un épanouissement des fibres les plus inférieures du ligament inter-pubien.

§ 2. — Symphyses sacro-iliaques.

Ces symphyses sont du genre amphiarthroses ; elles résultent de la réunion de facettes semi-lunaires, qui existent sur les bords des os coxaux et sur ceux du sacrum, où ces facettes sont recouvertes d'un cartilage rugueux fort épais. Ces articulations sont fortifiées : 1° en avant par un ligament mince appelé ligament *sacro-iliaque antérieur*, et, en arrière, par des trousseaux nombreux de fibres jaunes élastiques, qui s'entre-croisent, dirigées de bas en haut et de dedans en dehors, et qui ont reçu le nom de ligament *sacro-iliaque postérieur ;* 2° par un petit ligament appelé *sacro-iliaque inférieur*, faisceau fibreux très-épais, étendu de la base du sacrum à l'os iliaque ; 3° par un ligament *sacro-iliaque inférieur* ou *vertical* de M. Cruveilhier, qui part du bord du sacrum et du grand ligament sacro-sciatique, va se rendre à l'épine postéro-supérieure de l'os des iles ; 4° enfin par les deux *ligaments sacro-sciatiques* qui convertissent en trou les demi-échancrures sciatiques et complètent le plancher du bassin.

§ 3. — Symphyses sacro-coccygiennes.

Le coccyx est réuni à la dernière pièce du sacrum au moyen d'un fibro-cartilage fortifié de fibres ligamenteuses antérieures et postérieures, qui, s'étendant à tous les pièces de cet os, les unissent aussi entre elles. L'ossification des fibro-cartilages qui sont interposés entre les diverses pièces de ces os n'arrive qu'à un âge avancé chez la femme : cette circonstance, qui permet au coccyx de se laisser repousser en arrière par la tête de l'enfant, au moment où elle se dégage au détroit inférieur, augmente l'étendue du diamètre antéro-postérieur de ce détroit.

Membrane sous-pubienne ou obturatrice.

Elle ferme le trou sous-pubien, excepté dans sa partie supérieure, où elle livre passage aux vaisseaux et aux nerfs sous-pubiens. Fixée,

dans sa demi-circonférence externe, au pourtour même du trou sous-pubien, cette membrane s'attache, dans sa demi-circonférence interne, à la surface postérieure de la branche ascendante de l'ischion ; ses deux faces donnent attache aux deux muscles obturateurs.

Cette membrane, qui se compose de faisceaux aponévrotiques nacrés, qui s'entre-croisent dans toutes sortes de directions, est moins, comme le fait remarquer M. Cruveilhier, un véritable ligament qu'une aponévrose servant à compléter la paroi antérieure du bassin. Ces trous revêtus de membranes résistantes, mais flexibles, ont pour usage, dans le travail de l'accouchement, de rendre moins forte la pression des parties molles de la mère, qui sans cela seraient comses entre les parois osseuses du bassin et la tête de l'enfant.

Ligaments sacro-sciatiques.

Au nombre de deux, divisés en grand et petit, ils sont destinés à fortifier l'articulation sacro-iliaque, et surtout à transformer en trous les échancrures sciatiques. Le *grand ligament sacro-sciatique* est placé en arrière de l'autre : il a la forme d'un triangle à base supérieure, et il est un peu plus étroit dans sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités. Il procède supérieurement des parties latérales et postérieure du sacrum et du coccyx, en se continuant, du côté du sacrum, avec le ligament sacro-épineux, et va s'insérer inférieurement sur la lèvre interne de la tubérosité sciatique et de la branche ascendante de l'ischion. Ce ligament se réunit en dedans par un repli falciforme, avec l'une des aponévroses du périnée.

Le grand ligament sacro-sciatique est dirigé de haut en bas, d'arrière en avant, et de dedans en dehors. Sa face postérieure reçoit beaucoup de fibres du grand fessier ; sa face antérieure est confondue avec le petit ligament sacro-sciatique, et en est séparée en bas par le petit *trou sciatique*. Son bord interne est concave ; il forme une partie du cintre du détroit inférieur, et se continue avec l'aponévrose moyenne du périnée ; son bord externe concourt immédiatement à la formation des trous sciatiques.

Les fibres du grand ligament sacro-sciatique convergent les unes vers les autres, du sacrum vers la tubérosité sciatique ; mais un peu avant d'atteindre ce point, les supérieures se croisent avec les inférieures, et toutes s'écartent les unes des autres pour se terminer sur l'ischion.

Le *petit ligament sacro-sciatique* est antérieur au précédent, et plus exactement triangulaire que lui. Il s'insère supérieurement sur le bord du sacrum et du coccyx, et se porte de là, en se rétrécissant de plus en plus, vers le sommet de l'épine sciatique, sur laquelle il

se termine. Il est oblique en bas, en dehors et en avant, mais un peu moins que le précédent, de sorte qu'il croise sa direction. Sa face antérieure, tournée vers le bassin, est couverte, dans l'état frais, par le muscle ischio-coccygien ; sa face postérieure est unie au ligament précédent.

ARTICLE III

DU BASSIN EN GÉNÉRAL.

Le bassin a la forme d'un cône tronqué, dont la base est dirigée en haut, et dont le sommet est tourné en bas. Il occupe à peu près le milieu du corps en hauteur : chez la femme, en effet, le point médian répond à la partie inférieure de la symphyse des pubis.

Le bassin n'a pas une direction parfaitement horizontale : il est incliné par rapport à l'axe du corps, et c'est l'angle que forme son axe avec l'axe du corps qui a reçu le nom d'inclinaison du bassin. Un plan que l'on ferait passer par son détroit supérieur formerait avec l'horizon un angle de 55 degrés.

Cette direction varie, au reste, suivant les diverses attitudes que prend la femme.

Ses *dimensions*, étudiées d'une manière générale, sont beaucoup plus considérables dans l'espèce humaine que dans toutes les autres espèces animales ; et plus considérable aussi chez la femme que chez l'homme. En effet, telle est la saillie des hanches chez la femme, que les crêtes iliaques débordent les deux lignes parallèles tirées verticalement du moignon de l'épaule, tandis que chez l'homme le bassin est compris en dedans de ces lignes. La stature influe sur les dimensions du bassin, les petites femmes accouchent plus aisément que les grandes, ce qui permettrait d'établir que les dimensions du bassin sont en raison directe de la petitesse de la stature, restreinte, bien entendu, dans les limites ordinaires.

Pour l'étude, on le divise aussi en surface externe, surface interne, circonférence inférieure et circonférence supérieure.

Surface externe. — A l'extérieur, le bassin représente, en avant, l'union des deux pubis, le corps de ces os, la fosse pubienne et le trou sous-pubien ; en arrière, la crête médiane du sacrum, l'échancrure qui termine cette crête, la face postérieure du coccyx et les gouttières sacrées.

Sur les côtés, la fosse iliaque externe, les deux lignes iliaques, les trois régions que ces lignes séparent, et la cavité cotyloïde.

Surface interne. — La surface interne du bassin est divisée en deux parties : l'une supérieure, évasée, qui constitue le grand bas-

sin; l'autre inférieure, plus étroite, qu'on appelle petit bassin.

§ 1. — Du grand bassin.

Le grand bassin, largement ouvert en avant par une vaste échancrure que ferme la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, est destiné à contenir le produit pendant les dernières phases de son développement. Il est limité sur les côtés par les fosses iliaques, en arrière par les dernières vertèbres lombaires; une ligne circulaire, appelée détroit supérieur, le sépare du petit bassin. Ce n'est qu'à partir de ce point que tout ce que le bassin présente à étudier est vraiment utile au point de vue obstétrical; car c'est à cette partie du canal étroit, que le fœtus doit parcourir, que commencent les premiers phénomènes du travail, et c'est là que se rencontrent ordinairement les difficultés les plus sérieuses.

§ 2. — Du détroit supérieur.

Le détroit supérieur, que l'on a comparé pour la forme à un cœur de carte à jouer, présente des dimensions ou diamètres, un plan et un axe qu'il est important de bien connaître. Son plan est dirigé d'arrière en avant, et de haut en bas. Cette direction est bien plus marquée chez l'enfant et chez la femme, que chez l'adulte et chez l'homme. La mesure de la direction de ce plan est très-variable, suivant les auteurs. Pendant la station, M. Nægelé pense cependant que l'angle que forme le plan avec une ligne horizontale est de 55 à 60 degrés.

Les diamètres de ce détroit sont au nombre de quatre.

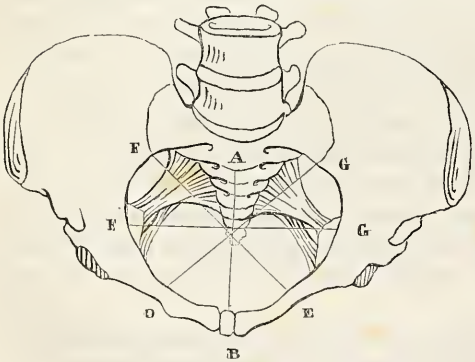


Fig. 2.

L'antéro-postérieur (AB), qui se mesure entre l'angle sacro-vertébral et le sommet de la symphyse des pubis, à environ 11 centimètres; les deux diamètres obliques (CD, EF), qui se mesurent des symphyses sacro-iliaques à l'éminence iléo-pectinée du côté opposé, ont 12 centimètres.

Enfin, le bis-iliaque (GF) ou transverse, qui se mesure de la partie la plus déclive des

deux fosses iliaques, a 13 centimètres et demi; mais il s'en faut de beaucoup, comme on le verra plus tard, que ces diamètres aient la même étendue quand on les considère sur le bassin garni des parties molles.

§ 3. — De l'excavation ou petit bassin.

L'excavation, située entre le détroit supérieur et le détroit inférieur, a la forme d'un cylindre renflé à sa partie moyenne et recourbé en avant.

On divise cette cavité en quatre régions.

L'antérieure, concave transversalement, offre dans son milieu la partie postérieure de l'articulation des pubis ; à droite et à gauche, une surface plane et l'orifice interne du canal sous-pubien, par où passent les vaisseaux et les nerfs obturateurs externes, dont la compression, au moment du passage de la tête, détermine souvent des crampes dans les muscles internes de la cuisse.

La région postérieure, concave de haut en bas, est constituée par la face antérieure du sacrum et du coccyx.

Les régions latérales se divisent en deux parties : une, solide, constituée par le derrière de la cavité cotyloïde et le corps de la tubérosité ischiatique ; l'autre, flexible, formée par les ligaments sacro-sciatiques, qui convertissent les grandes et petites échancrures du même nom en trous.

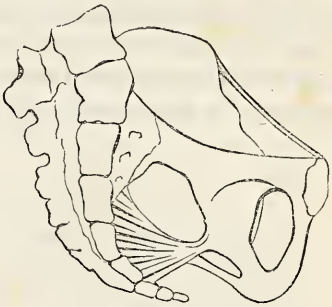


Fig. 3. — *Moitié latérale gauche de l'excavation.*

Sur les parties latérales, l'excavation du bassin présente deux plans inclinés, lisses, obliquement dirigés de haut en bas, et de dehors en dedans. Ces deux plans, dont la hauteur est à peu près de 10 centimètres, sont bornés en arrière par l'échancrure sciatique.

On s'est beaucoup occupé des plans inclinés de l'excavation, et on les a regardés, jusque dans ces derniers temps, comme la cause du mouvement de rotation de la tête. Les plans antérieurs seraient chargés de conduire l'occiput en avant ; les deux autres, constitués par la paroi postérieure et latérale de ce canal, dirigeraient l'occiput en arrière. Comme on le verra à l'article *Accouchement spontané*, cette rotation s'exécute presque toujours au-dessous de la sphère d'action de ces plans, lorsque le périnée commence à se distendre, et souvent aussi en sens inverse de la direction que ces plans devraient lui

imprimer : la résistance des parties molles est, suivant M. P. Dubois, la seule cause de cette rotation.

Tous les diamètres de l'excavation ont à peu près 12 centimètres; sa hauteur en avant est de 4 centimètres, et 11 centimètres en arrière, en tirant une ligne droite de l'angle sacro-vertébral au sommet du coccyx ; enfin, 13 centimètres et demi en suivant la courbure du sacrum.

§ 4. — Du détroit inférieur.

Le détroit inférieur, ou l'orifice inférieur de l'excavation, appelé aussi détroit périnéal, est très-irrégulier dans son contour. Il est formé par trois angles rentrants, l'arcade des pubis et les deux échancrures sciatiques ; et par trois angles saillants, les deux tubérosités de l'ischion et le coccyx ; en sorte que quand on place le bassin sur un plan horizontal, il y repose à la manière d'un trépied. Cependant, abstraction faite du coccyx, qui se laisse repousser en arrière au moment de l'accouchement, ce détroit forme un ovale parfait, allongé d'avant en arrière. L'arcade pubienne, anguleuse chez l'homme, est arrondie chez la femme, où elle représente une véritable arcade accommodée à la convexité des parties fœtales, qui viennent se placer sous cette arcade (l'occiput, le front, la partie antérieure du cou, etc.), pour se dégager hors des parties maternelles.

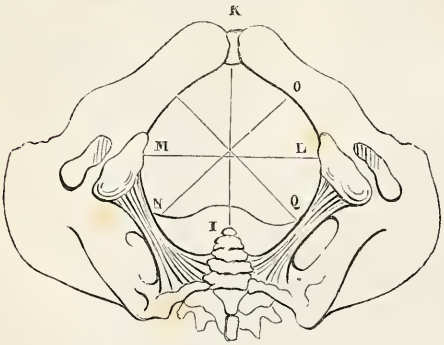


Fig. 4.

Le diamètre de cette arcade est à peu près de 3 centimètres mesuré auprès de sa partie supérieure ; il est de 9 centimètres à sa partie inférieure. Le plan de ce détroit est, suivant M. Velpeau, au moment de l'accouchement, à cause de la répulsion du coccyx, oblique de bas en haut et d'arrière en avant.

Les diamètres de ce détroit sont aussi au nombre de quatre.

L'antéro-postérieur (fig. 4, IK), qui se mesure de la pointe du coccyx au-dessous de l'arcade des pubis, a 11 centimètres, mais il peut acquérir quelques lignes de plus par la rétropulsion du coccyx.

Les deux obliques (NO, PQ), qui partent du point de réunion de la branche descendante des pubis, et ascendante de l'ischion, pour aller se rendre au milieu du grand ligament sacro-sciatique, ont 11 centimètres, et peuvent aussi acquérir quelques lignes de plus, les ligaments sacro-sciatiques se laissant facilement repousser au moment du passage de la tête.

Enfin, un diamètre transverse ou bis-ischiatique (ML), qui se mesure d'une tubérosité de l'ischion à l'autre, lequel n'a que 11 centimètres, et dont les dimensions ne peuvent augmenter, à moins qu'on n'admette le relâchement des symphyses comme une nécessité de la parturition.

§ 5. — Circonférence inférieure.

Elle est constituée par le détroit inférieur.

§ 6. — Circonférence supérieure.

Cette circonférence regarde en haut et un peu en avant. Fortement échancrée en avant, elle est constituée à ce niveau par le bord antérieur des deux os coxaux; en arrière, elle est formée par la base du sacrum; sur les côtés, elle appartient à la crête iliaque, beaucoup plus déjetée en dehors chez la femme que chez l'homme.

Les dimensions de la circonférence supérieure du bassin, mesurée chez une femme bien conformée, donnent les résultats suivants : 1° de l'épine iliaque antéro-supérieure, d'un côté, à celle du côté opposé, de 22 à 25 centimètres ; 2° du milieu de la crête iliaque, d'un côté à celle du côté opposé, de 25 à 28 centimètres.

Développement général du bassin. — Les dimensions du bassin, surtout chez le fœtus, et dans les années qui suivent immédiatement la naissance, sont si peu considérables, que sa cavité ne saurait recevoir plusieurs des organes qui doivent y être contenus dans la suite; d'où, en grande partie, la saillie considérable que les viscères abdominaux présentent chez le fœtus et chez l'enfant nouveau-né.

La diminution de capacité du bassin résulte encore du défaut d'évasement des fosses iliaques et de l'absence de cette torsion, en sens inverse, que subit plus tard l'os iliaque, et qui chez le fœtus présente un plan parfaitement droit.

C'est seulement à l'époque de la puberté que le bassin acquiert

la forme et les dimensions que j'ai signalées, et que se prononcent les différences qui le caractérisent suivant les sexes.

Il résulte de ces dispositions étudiées sur le bassin du fœtus, et comparées à celles qu'on remarque sur le bassin de l'adulte, que les diamètres antéro-postérieurs sont d'autant plus étendus que le sujet est plus jeune.

Enfin, la différence la plus caractéristique du bassin pendant les premiers âges de la vie, c'est son inclinaison, qui est beaucoup plus considérable que chez l'adulte. Chez le fœtus, une ligne horizontale qui partirait de la partie supérieure de la symphyse tomberait plus près de la partie inférieure du sacrum que de la partie supérieure, tandis que chez l'adulte cette ligne va tomber à quelques lignes seulement au-dessous de la base du sacrum.

Usages du bassin. — Le bassin est à la fois destiné à la protection des viscères, et à la transmission du poids du corps, sur les membres inférieurs, circonstance qui explique la fréquence des altérations que le bassin subit dans sa forme, quand une maladie ramollit la substance des os.

ARTICLE IV

MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LES PARTIES MOLLES DANS LA STRUCTURE DU BASSIN.

C'est surtout sous ce point de vue qu'il est indispensable d'étudier le bassin dans son ensemble. En effet, l'apposition des parties molles change la configuration et les mesures des détroits du bassin, et rend bien plus prononcée la courbure de ce canal.

Au détroit supérieur, le muscle psoas, qui descend au côté de la colonne lombaire pour se rendre au petit trochanter, après s'être uni au muscle iliaque (fig. 5, 1), et le muscle iliaque, à fibres rayonnées, qui recouvre la fosse iliaque (2) ; enfin les artères iliaques internes (3), naissant avec les artères iliaques externes (4) de l'iliaque primitive.

Les veines iliaques externes (5) et internes forment de chaque côté un rebord flexible sur lequel repose l'utérus développé, rebord qui protége les nerfs cruraux contre une compression trop forte. Cependant ce résultat n'est pas toujours obtenu, car certaines femmes ont, dans les derniers temps de la grossesse, des crampes et des engourdissements dans les membres inférieurs.

Ces muscles et ces vaisseaux sur les côtés, une légère couche de tissu cellulaire en arrière, la vessie en avant, et tout au pourtour

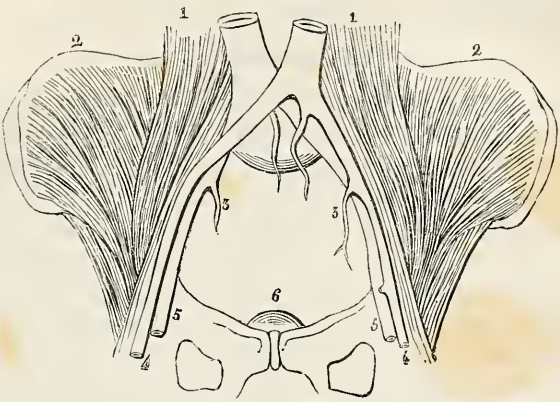


Fig. 5.

l'épaisseur des parois utérines, diminuent un peu l'étendue des diamètres de ce détroit.

Ainsi, le diamètre antéro-postérieur, au lieu de 11 centimètres, en a tout au plus 10 ; les obliques, au lieu de 12 centimètres, n'ont que 11 centimètres. Ils perdent très-peu, il est vrai, à la partie antérieure ; mais ce sont les muscles psoas qui leur enlèvent la plus grande étendue en arrière, quoique ces muscles se laissent repousser un peu au moment de l'engagement de la tête.

Mais, de tous, c'est le diamètre transverse qui est le plus modifié : il perd à ses deux extrémités ; aussi de 13 centimètres et demi, il est réduit à 11 centimètres.

Toutefois, plus les jambes seront fléchies au moment de l'accouchement, plus les muscles psoas seront dans le relâchement, et moins l'étendue du diamètre transverse sera diminuée.

Les muscles obturateurs internes et les pyramidaux, placés sur les trous sous-pubiens et ischiatiques, détermineraient, suivant Flamant, le mouvement de rotation que la tête exécute dans l'excavation.

L'excavation se trouve aussi changée, dans sa forme et dans son étendue, par les muscles obturateurs internes et pyramidaux, le rectum, la partie postérieure du canal de l'urètre, et une couche quelquefois abondante de tissu cellulaire, à tel point qu'elle conserve tout au plus 11 centimètres et demi dans ses diamètres.

Quant au détroit périnéal ou détroit inférieur, il perd le moins de son étendue. Le diamètre bis-ischiatique conserve ses 11 centimètres.

L'antéro-postérieur perd bien peu de chose par l'apposition de quelques parties molles sous l'arcade pubienne. Il en est de même des diamètres obliques; mais il est, plus que toute autre partie du bassin, modifié dans sa forme par le plancher du bassin.

§ 1. — Plancher du bassin.

La connaissance du plancher du bassin est d'une haute importance en tocologie : c'est presque toujours sur lui que s'exécutent les divers mouvements du produit; c'est son plus ou moins de souplesse et d'extensibilité qui retarde ou accélère la dernière expulsion. Tendu en travers de la partie la plus postérieure du détroit périnéal, il est formé, par les muscles releveur de l'anus et ischio-coccygien qui composent le plan supérieur, concave en haut, et les muscles sphincter de l'anus, transverse du périnée, ischio-caverneux, sphincter de la vulve, et deux aponévroses, moins résistantes chez la femme que chez l'homme, qui constituent le plan inférieur; enfin, les vaisseaux et nerfs honteux, une couche assez mince de tissu cellulaire et la peau, complètent cette cloison. L'espace compris entre la partie antérieure de ce plancher (commissure antérieure du périnée) et le dessous de l'arcade pubienne constituent la vulve. La paroi antérieure de l'excavation reste donc la même, tandis que la paroi postérieure est augmentée de toute l'étendue du périnée. Le bassin représente alors un canal courbe à deux ouvertures, le détroit supérieur et la vulve. La courbure de ce canal, la résistance du périnée, celle de la vulve, sont autant d'obstacles que la nature est venue opposer chez la femme à la sortie brusque du produit de la conception ; sage précaution, sans laquelle la femme et le produit seraient exposés à une foule d'accidents, tels que la rupture du périnée, le renversement de l'utérus, son inertie, et l'hémorrhagie qui en est la conséquence ; et si la femme était surprise debout, la rupture du cordon, la chute de l'enfant à terre, l'arrachement de l'ombilic et celui du placenta. Dans le jeune âge, chez les négresses, chez les femmes bochismanes, la courbure du canal est moins prononcée, et cette disposition devient d'autant plus sensible qu'on s'éloigne plus de l'homme en descendant l'échelle animale : aussi on peut dire que la facilité de la parturition est en raison directe de la simplicité de l'organisation.

L'étendue du périnée est environ de 2 centimètres et demi à 4 centimètres de l'anus à la vulve ; mais on se tromperait étrangement si l'on conservait cette dimension au périnée, alors qu'il est distendu par les parties fœtales. Dans ce cas, la partie qui sépare l'anus du coccyx, l'anus lui-même étendu, effacé, augmente à tel

point les dimensions de cette partie, et d'une manière si variable, qu'il n'est pas possible qu'elle puisse être déterminée d'une manière fixe.

§ 2. — Axes du bassin.

Maintenant que nous connaissons le bassin dans son ensemble, c'est le lieu d'étudier la direction que devra prendre le produit à travers ce canal courbe, c'est-à-dire la direction des différents axes des détroits de ce canal. Ils sont au nombre de trois : celui du détroit supérieur, celui du détroit inférieur, et celui de la vulve.

L'axe du détroit supérieur (A) est une ligne que suit le produit en s'engageant, et qui est supposée partir de l'ombilic pour se rendre à l'articulation sacro-coccygienne, en passant par le point d'entre-croisement de tous les diamètres du détroit supérieur.

Fig. 6.

L'axe du détroit inférieur (B), ligne suivant laquelle le produit commence à opérer son dégagement, part de l'angle sacro-vertébral, et va se rendre au point d'entre-croisement des diamètres du détroit inférieur.

Enfin, l'axe de la vulve (C), suivant lequel le produit se dégage, passe par le centre de cet orifice, et va gagner la partie moyenne du sacrum. Ces axes, considérés dans leur ensemble, représentent une ligne courbe (AC), que le produit suit dans son expulsion : c'est aussi la direction que la main doit prendre lorsqu'elle pénètre dans les organes maternels pour aller à la recherche des parties fœtales.

On comprend qu'au moment du passage de la tête de l'enfant, l'axe de la vulve ne reste plus le même. En effet, l'allongement que subit le périnée rapproche un peu des pubis l'extrémité de cet axe.

CHAPITRE II

ORGANES DE LA GÉNÉRATION.

L'appareil génital de la femme se compose d'organes placés dans l'intérieur du bassin, — ce sont : les ovaires, les trompes, l'utérus et le vagin; — et d'organes placés à l'extérieur : le mont de Vénus, la vulve et le périnée.

ARTICLE Ier

DES OVAIRES.

Les ovaires (fig. 7. I, I), dans l'ordre organique et dans l'ordre fonctionnel, représentent les testicules masculins. Ils sont au nombre de deux, situés de chaque côté de la matrice, dans l'aileron postérieur des ligaments larges, au voisinage de la trompe utérine en avant du rectum ; ils ont la forme d'un ovoïde de la grosseur du doigt, plus volumineux à l'époque de la puberté et à l'approche des règles. Ils acquièrent un volume considérable pendant la grossesse ; ils le conservent longtemps après l'accouchement ; enfin, ils s'atrophient dans la vieillesse. Ils sont recouverts presque partout par le péritoine, excepté à leur partie inférieure où ils reçoivent leurs vaisseaux ; mais ils possèdent en outre une enveloppe propre (*tunica albuginea*), membrane fibreuse, d'une couleur gris blanchâtre, avec laquelle le feuillet péritonéal est intimement uni. La surface de ces organes est le plus ordinairement fendillée. Leur extrémité interne est liée avec la partie postérieure et inférieure de l'angle supérieur de l'utérus, au moyen d'un cordon fibreux plein que l'on appelle ligament de l'ovaire. Leur extrémité externe est dirigée vers le pavillon de la trompe auquel elle est unie par une des franges de ce pavillon.

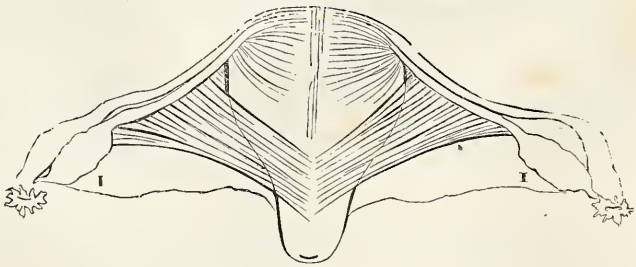


Fig. 7.

Leur situation présente des variétés suivant les âges et suivant l'état de l'utérus. Dans le fœtus, ils sont placés dans la région lom-

baire comme le fond de la matrice, ce qui tient au défaut de développement du bassin; pendant la grossesse, ils s'élèvent avec le corps de l'utérus sur les côtés duquel ils sont appliqués.

Immédiatement après l'accouchement, ils occupent les fosses iliaques, où ils restent quelquefois maintenus, pendant toute la vie, par ces adhérences accidentelles. Rien n'est plus fréquent que de les trouver renversés en arrière et adhérents à la surface postérieure de l'utérus.

La situation des ovaires en arrière des trompes s'oppose à ce qu'ils se renversent en devant.

Structure. — Ils sont constitués par une coque fibreuse, qui est un épanouissement du ligament utéro-ovarique, et dans laquelle on distingue des filaments intérieurs, un tissu propre, dense, comme fibreux, d'un blanc rougeâtre, tissu auquel Baer a imposé le nom de *stroma* (*tissu bigarré*, *composé de différentes matières*); nom fort convenable ; car on trouve renfermé dans ce tissu, depuis la plus tendre enfance jusqu'à un âge avancé, mais surtout pendant tout le temps que la femme est apte à concevoir, un grand nombre de petites vésicules ou de petits sacs membraneux de grosseur diverse, qu'on nomme vésicules de Graaf.

M. Cruveilhier a souvent rencontré des ovaires sans vésicules dans le cas où l'ovaire était induré. On comprend que l'absence de ces vésicules doit entraîner la stérilité.

C'est surtout chez la femme nouvellement accouchée que la structure de l'ovaire paraît dans toute son évidence. A cette époque, son tissu, comme spongieux, traversé par une grande quantité de vaisseaux, présente l'apparence du tissu érectile des corps caverneux. M. Cruveilhier a vu chez des femmes nouvellement accouchées les ovaires d'un volume douze à quinze fois plus considérable que d'ordinaire, et convertis en une poche à parois très-minces, qui se déchirait avec la plus grande facilité; l'ovaire lui-même offrait un tissu diffluent au milieu duquel se voyaient ceux des ovules qui avaient échappé à l'altération.

Des vésicules de Graaf.

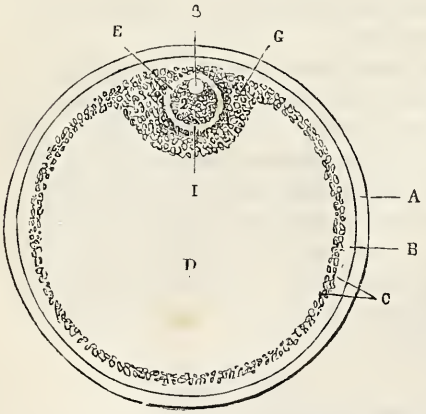
C'est Graaf qui démontra le premier que ces petits corps fournissent les matériaux nécessaires au développement et de l'œuf et de l'embryon. Baer, après lui, fit prévaloir la même opinion, et découvrit en plus que l'ovule contenu dans la vésicule est entièrement semblable à l'œuf des ovipares.

Enfin, M. Coste, qui s'est occupé avec tant de succès d'embryogé-

nie, a trouvé dans l'ovule la vésicule (*vesicula proligera*) que Purkinje avait découverte dans l'œuf des oiseaux, et qu'on considère à juste titre comme la partie fondamentale de l'œuf.

Dans l'état de vacuité, les vésicules de Graaf sont au nombre de quinze à vingt, visibles à l'œil nu ; le microscope permet d'en apercevoir un bien plus grand nombre. Quelques-unes sont plongées dans l'intérieur de l'ovaire ; d'autres, plus grosses, font saillie à la surface de l'organe (fig. 8), et donnent un aspect irrégulier à cette surface. Dans ce cas, elles ne sont recouvertes à leur partie proéminente seulement que par la tunique propre de l'ovaire, composée du péritoine et d'une couche fort amincie de la substance propre de l'ovaire.

Ces vésicules, vues au microscope, se composent de la *capsule* qui elle-même est constituée par deux couches : l'une externe, mince, mais résistante, formée d'un tissu cellulaire dense et transparent (fig. 8, A). Cette membrane reçoit des vaisseaux qui rampent dans son épaisseur, et vont ensuite se rendre dans la couche interne. L'autre, interne (B), moins résistante, plus épaisse et moins transparente, est intimement unie à la couche externe ; intérieurement, elle est lubrifiée, et présente des villosités excessivement fines.



1. Membrane vitelline.
2. Vitellus.
3. Vésicule de Purkinje, qui contient la tache germinative.
A. Couche externe de la capsule.
B. Couche interne.
C. Membrane granuleuse.
D. Liquide de la vésicule.
E. Ovule.
F. Corps granuleux.
G. Disque proligère.

Fig. 8. — *Vésicule de Graaf renfermant l'ovule* (vue au microscope).

Du noyau, qui est lui-même formé d'une membrane granuleuse (C), qui contient le corps granuleux, et qui, à proprement parler, n'est pas une membrane, mais résulte de ce que le corps granuleux est plus dense à ses deux surfaces. Le corps granuleux renferme le li-

quide (D) de la vésicule de Graaf, et l'ovule (E), compris dans cette masse granuleuse (F).

Membrane granuleuse (C) et disque proligère (G).

La membrane granuleuse délicate, formée de grains, ou plutôt de cellules, à contenu grenu, que Baer a décrite le premier, ne possède pas de vaisseaux sanguins ; elle est si mince qu'il faut traiter la vésicule avec beaucoup de ménagement pour ne pas la détruire. Si l'on n'use pas de précautions excessives en ouvrant la vésicule de Graaf, on voit s'échapper un liquide chargé de granulations, parmi lesquelles est contenu l'ovule (E), et l'on ne peut retrouver les parois de la vésicule. Ces granulations sont sphériques et très-condensées au voisinage de l'ovule. C'est cette portion du corps granuleux à laquelle Baer a donné le nom de disque proligère (G).

De l'ovule non fécondé (E).

Ce qui frappe tout d'abord dans l'ovule lui-même, c'est sa petitesse extrême, qui est cause aussi qu'on l'a si longtemps méconnu. Comme je l'ai dit, c'est Baer qui, le premier, a découvert l'œuf dans la vésicule de Graaf, au milieu du corps granuleux. Quoique le diamètre de l'ovule soit sujet à varier, cependant les plus gros œufs humains, mesurés par M. Bischoff, ne dépassaient pas un tiers de millimètre, de manière qu'ils occupaient la dernière limite des objets perceptibles à la vue simple ; mais il y en a de bien plus petits, qui n'ont qu'un sixième de millimètre, et même moins.

Zone transparente, membrane vitelline (1).

Lorsqu'on contemple l'œuf avec un verre grossissant, de force suffisante, dit M. Bischoff [1], on y découvre une sphère plus obscure, entourée d'un assez large anneau clair. Baer nomma cet anneau, zone transparente, membrane vitelline. Cette dernière dénomination a depuis été adoptée par M. Coste.

Jaune ou vitellus (2).

Le jaune, car c'est ainsi que tous les auteurs s'accordent, et avec raison, à considérer la sphère plus obscure de l'œuf, se compose, en général, d'une masse à grains fins, cohérente, qui n'adhère pas à l'enveloppe extérieure, et cependant ne s'en échappe pas dès que celle-ci est rompue. Le vitellus remplit ordinairement l'espace inté-

[1] *Traité du développement de l'homme et des mammifères*. Paris, 1843, p. 9.

rieur de la zone, et affecte alors la forme d'un globe ; cependant cette forme n'est pas constante, d'après M. Bischoff.

Vésicule germinative ou de Purkinje (fig. 8, 3).

Au milieu du vitellus, souvent à sa surface, dans les œufs parvenus à maturité, on aperçoit une petite vésicule transparente, que Purkinje a trouvée dans le vitellus des oiseaux, et à laquelle on avait donné son nom, et dont M. Coste et Warton démontrèrent les premiers l'existence dans l'œuf des mammifères et de la femme. D'après M. Bischoff, cette membrane mesure à peine un dix-huitième de millimètre de diamètre; elle contient un liquide clair, transparent comme elle.

Tache germinative.

Sur cette vésicule germinative, Wagner découvrit aussi une tache obscure, arrondie, qu'il nomma tache germinative. Elle semble formée par de petits grains fins, dont l'agglomération forme une tache obscure, qui tranche avec la couleur claire de la vésicule germinative.

Vaisseaux et nerfs de l'ovaire.

C'est par son bord inférieur ou adhérent que l'ovaire reçoit ses vaisseaux sanguins et émet ses nerfs. Les artères lui viennent par un tronc commun avec le corps de l'utérus ; c'est ce tronc que M. Cruveilhier a désigné sous le nom d'artère utéro-ovarienne. Cette artère vient de l'aorte au niveau de la rénale.

Les veines de l'ovaire sont volumineuses et plexiformes ; elles vont se jeter directement dans la veine cave, à droite, par l'intermédiaire de la veine rénale, à gauche ; les veines ovariennes reçoivent presque immédiatement les veines émanées du corps de l'utérus. M. Cruveilhier leur a aussi donné le nom de veines utéro-ovariennes ; elles ont, dans l'état de vacuité, le volume des artères à la fin de la grossesse.

Les vaisseaux lymphatiques qui suivent les artères et les veines ovariennes appartiennent également à l'utérus et à l'ovaire.

Les nerfs de l'ovaire émanent du plexus nerveux rénal.

Développement. — Les ovaires sont proportionnellement plus développés chez le fœtus que chez l'adulte, mais surtout dans le sens longitudinal. Ils sont minces et aplatis ; leur surface est parfaitement lisse et polie, sans la moindre apparence de cicatrisation.

Les ovaires sont fort petits après la naissance, et ne présentent aucun changement jusqu'à l'époque de la puberté ; mais alors ils deviennent ovoïdes, et sont le siége de modifications fort importantes.

Changements qui se passent dans les ovaires à chaque époque menstruelle.

CORPUS LUTEUM.

Jusque dans ces derniers temps, les vésicules de Graaf avaient pour but unique de contenir l'ovule, et de le nourrir jusqu'à ce qu'il fût fécondé; mais, d'après les recherches de MM. Négrier, Gendrin, Pouchet (de Rouen)[1], Raciborski, Bischoff, Robert Lee, etc., etc., il paraît démontré que le développement des vésicules se rattache au phénomène de la menstruation. A chaque époque menstruelle une vésicule de Graaf augmente de volume, devient superficielle, soulève et amincit la coque fibreuse de l'ovaire. Cette distension est portée si loin, qu'on distingue très-bien le point où doit avoir lieu la rupture de l'ovaire et de la vésicule, qui livrera passage à l'ovule (fig. 9).

Fig. 9.

Comme on le voit, d'après cela, la femme serait soumise à la ponte périodique, comme les ovipares.

Je dois à l'obligeance de M. Raciborski la communication de la figure 10. Elle appartient à une femme qui, étant au moment de ses règles, voulut attenter à ses jours par l'asphyxie. Elle put être rappelée à la vie; mais elle succomba peu de temps après à la suite d'une pneumonie, dans le service de M. Andral.

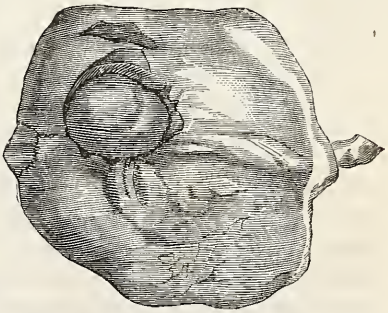


Fig. 10. — *Ovaire ouvert longitudinalement.*

Mais que devient l'ovule dès qu'il s'est échappé de la vésicule? Les uns le font tomber dans la cavité péritonéale, où il serait résorbé ; d'autres le font passer par la trompe, et de là dans l'utérus, où il est entraîné par l'écoulement menstruel. Cette dernière opinion est la plus probable.

Dans tous les cas, peu à peu les parois de la vésicule déchirée se rétractent : un caillot, qui offre d'abord le volume d'une petite cerise, se forme, et constitue le corps jaune (*corpus luteum*), qui est petit à petit résorbé; enfin, les bords de la déchirure se cicatrisent.

[1] *Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation dans l'espèce humaine*, etc. Paris, 1847, in-8 et atlas in-4.

Le nombre de ces cicatrices qu'on rencontre sur la surface des ovaires est donc en rapport avec le nombre des dernières époques menstruelles seulement ; car les cicatrices les plus anciennes finissent par disparaître.

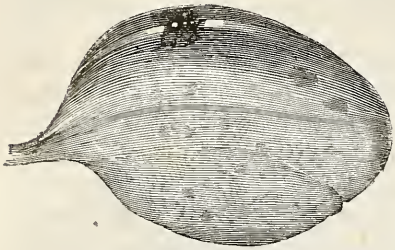


Fig. 11.

Suivant M. Raciborski, quatre à six mois suffiraient pour faire disparaître la cavité et son caillot, et il ne reste plus qu'une strie jaune et d'un gris ardoisé. Elle est à peine visible sur la figure 11, que je dois aussi à l'obligeance de M. Raciborski, et qui a été dessinée sur une jeune fille de vingt-six ans, morte seulement cinq semaines après les règles.

Ainsi d'après les recherches des auteurs que nous venons de citer, après l'expulsion de l'ovule hors de la cavité de la vésicule de Graaf, que cette expulsion ait été déterminée par l'époque menstruelle, ou par l'influence de la fécondation, la masse jaune, *corpus luteum*, qui n'est autre chose que le caillot dont j'ai parlé, n'est le pas, comme on l'a prétendu, une masse glanduleuse de nouvelle formation.

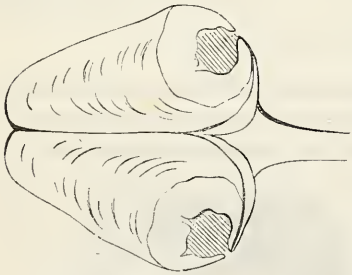


Fig. 12. — *Ovaire ouvert.*

J'avoue que les observations que j'ai été à même de faire ne m'ont pas conduit à adopter cette manière de voir. Sans doute je suis convaincu qu'il existe à chaque époque menstruelle une disposition analogue à celle qui vient d'être décrite, et trop d'auteurs dignes de foi l'ont observée pour qu'on puisse le révoquer en doute ; mais je pense que le corps jaune qui succède à l'expulsion de l'ovule fécondé diffère du premier, et persiste bien plus longtemps que lui. En effet je l'ai rencontré quelques semaines après l'accouchement, c'est-à-dire dix mois après la sortie de l'ovule, et avec la disposition que j'ai retracée dans la figure 12. Si ce corps eût daté simplement de la dernière époque menstruelle, il eût complétement disparu.

Cette opinion sur le *corpus luteum*, je l'avais déjà manifestée dans la première édition de cet ouvrage [1]. Je la livre de nouveau à l'examen des physiologistes.

[1] Paris, 1842.

ARTICLE II.

DES TROMPES UTÉRINES.

Les trompes utérines sont deux conduits placés dans l'épaisseur du ligament large. Ces conduits, qu'on nomme encore trompes de Fallope, s'étendent depuis les angles supérieurs de l'utérus jusque sur les côtés de l'excavation du petit bassin. Flottantes, en quelque sorte, dans le petit bassin, entre les ovaires qui sont en arrière, et les ligaments ronds qui sont en avant, elles tiennent à l'extrémité externe de l'ovaire par un petit prolongement ; la longueur des trompes, qui est de 11 à 15 centimètres, varie quelquefois d'un côté à l'autre. Leur calibre, extrêmement étroit dans leur moitié interne, s'élargit notamment dans leur moitié externe, jusqu'à leur orifice externe, appelé orifice libre de la trompe, circulaire, très-dilatable.

Cet orifice est entouré par le pavillon de la trompe, corps frangé, dont une des dentelures, plus longue que les autres, va se fixer à l'extrémité externe de l'ovaire.

L'orifice externe de la trompe peut admettre un stylet, tandis que l'orifice utérin, à peine visible à l'œil, peut à peine recevoir une soie de sanglier.

Le péritoine forme la tunique externe de la trompe ; en dedans elle est tapissée par une muqueuse qui, faisant suite à la muqueuse utérine, se continue avec une membrane séreuse, le *péritoine*, chose exceptionnelle et unique. L'usage de la trompe est de s'appliquer sur l'ovaire à l'aide de son pavillon pendant le coït, pour recevoir l'ovule et le conduire jusque dans la cavité de l'utérus : probablement aussi remplit-elle le même usage à chaque époque menstruelle.

ARTICLE III

DE L'UTÉRUS.

L'utérus, ou matrice, est la poche de dépôt où doit se développer l'ovule fécondé, depuis le moment où il est apporté par la trompe jusqu'au moment de son expulsion.

L'utérus (fig. 13), dans l'état de vacuité, est situé dans le bassin, sur la ligne médiane, entre la vessie (2) et le rectum (3), au-dessous des circonvolutions intestinales, et au-dessus du vagin qui lui fait suite, maintenu de chaque côté par des ligaments larges. Ses dimensions, après la puberté, sont, pour le diamètre vertical, 7 à 8 centimètres; pour le transverse mesuré au fond, 3 centimètres et demi à 4 cen-

timètres; mesuré au col, 1 centimètre et demi; enfin son épaisseur est de 1 centimètre un quart, et l'épaisseur de ses parois a un peu plus d'un demi-centimètre; sa consistance est celle d'un tissu ferme; sa direction est conforme à celle de l'axe du détroit supérieur.

Fig. 13.

Le poids de l'utérus est de 30 grammes chez les filles pubères, de 40 à 60 grammes chez les femmes qui ont eu des enfants; au terme de la grossesse, il est de 750 à 1,500 grammes, abstraction faite du poids du produit, de ses annexes et du liquide amniotique.

Considéré à l'extérieur, l'utérus est piriforme, aplati un peu d'avant en arrière, à base en haut et sommet en bas. Sa partie supérieure, et la plus développée, s'appelle corps; la portion inférieure, et la plus étroite, prend le nom de col.

On distingue à la surface extérieure de l'utérus :

1° Une face antérieure convexe et lisse, recouverte par le péritoine dans ses trois quarts supérieurs : elle n'est dans ce point, avec la vessie, que dans un contact médiat; quelquefois aussi elle en est séparée par des circonvolutions de l'intestin grêle. Dans le quart inférieur de sa hauteur elle est en rapport immédiat avec le bas-fond de la vessie, et lui est unie par un tissu cellulaire assez lâche.

Ce dernier rapport explique la fréquence de la transmission des affections cancéreuses de l'utérus au bas-fond de la vessie.

2° Une face postérieure, recouverte par le péritoine dans toute son étendue, qui est en rapport médiat avec la face antérieure du rectum; des circonvolutions intestinales s'engagent quelquefois dans ce cul-de-sac postérieur du péritoine qui redescend même assez bas pour tapisser la partie supérieure du vagin (fig. 13).

Cette disposition ne doit jamais être perdue de vue par l'accoucheur, surtout dans l'application du forceps. On comprend, en effet, avec quelle facilité une cuiller, poussée avec force et dans une mauvaise direction, pourrait pénétrer dans la cavité péritonéale en perforant cette mince cloison. Cette face postérieure, beaucoup plus convexe que l'antérieure, peut être facilement explorée par le doigt introduit dans le rectum. De la portion de cette face postérieure qui appartient au col utérin partent deux replis falciformes, qui naissent de chaque côté de la ligne médiane et se portent sur les côtés du rectum.

Les bords latéraux de l'utérus, légèrement concaves, donnent attache aux ligaments larges qui maintiennent l'utérus en position et l'empêchent de s'incliner, soit à droite, soit à gauche ; de ces mêmes bords latéraux partent encore les ligaments ronds.

Le bord supérieur, ou fond de l'utérus, convexe, est la base du cône aplati que représente cet organe ; il est recouvert par les circonvolutions de l'intestin grêle ; il n'atteint jamais, dans l'état de vacuité, le niveau du détroit supérieur du bassin. Aussi ne peut-on le sentir avec les doigts qu'en déprimant très-fortement la région hypogastrique ; le plus ordinairement même on ne peut l'atteindre.

Enfin, une extrémité inférieure ou col de l'utérus.

§ 1. — Du col de l'utérus.

Le col de l'utérus présente des différences très-remarquables chez la femme, selon qu'elle n'a jamais eu d'enfants ou qu'elle a été mère. Il doit être étudié dans ces deux états différents.

Chez la femme qui n'a jamais été mère, le col de l'utérus est acuminé, un peu renflé à sa partie moyenne, long de 4 à 5 centimètres, épais de 1 centimètre 7 millimètres, et large de 2 centimètres. Il est comme étranglé par une rainure plus profonde en arrière qu'en avant, formée par la muqueuse vaginale qui se réfléchit sur le col, à peu près au point de jonction de son tiers supérieur avec ses deux inférieurs (fig. 17). La partie inférieure du col ou museau de tanche, haute de 2 centimètres et demi à 3 centimètres, est divisée en deux lèvres par une fente transversale qui en est l'orifice externe. Cette fente, chez la jeune vierge, est à peine sensible (fig. 14, O). Ant. Dubois a comparé avec raison la sensation que le doigt perçoit en la touchant, à celle qu'il éprouverait en touchant la fente qui sépare

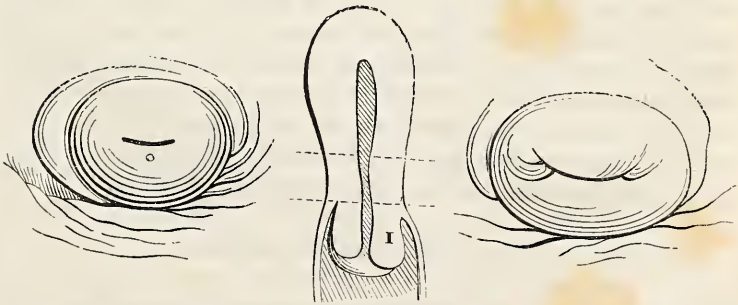


Fig. 14. Fig. 15. Fig. 16.

les lobules du nez. La lèvre antérieure (fig. 15, I) est un peu plus épaisse et un peu plus allongée que la postérieure, et cet allonge-

ment paraît d'autant plus sensible au toucher que le fond de l'utérus est plus incliné en avant; le col, dans ce cas, étant dirigé en arrière, la lèvre antérieure est plus abaissée, et semble beaucoup plus longue. Cette direction du col est, du reste, la plus ordinaire, l'axe de l'utérus étant à peu près parallèle à celui du détroit supérieur, qui tombe à l'articulation sacro-coccygienne (fig. 13).

La partie sus-vaginale (fig. 17, I, et 15), comprise entre l'insertion vaginale et le corps de l'utérus, forme à peu près le tiers de la longueur totale du col; sa cavité se continue en bas avec la partie vaginale, et s'ouvre en haut dans l'utérus; elle est douée d'une force très-énergique de rétraction pendant la grossesse. Cette partie a reçu le nom d'orifice interne (fig. 17, O).

Il est maintenant bien difficile d'assigner une forme et des dimensions exactes au col d'une femme qui a eu des enfants; ce n'est souvent qu'une espèce de tubercule informe et mamelonné qui occupe le haut du vagin, et qui, ouvert par un orifice plus ou moins grand et plus ou moins irrégulier, est d'autant plus court que la femme a eu plus d'enfants. Quelquefois même, le col fait à peine une légère saillie dans le vagin, et on ne le reconnaît plus qu'à la présence de deux tubercules situés au pourtour d'un orifice qui occupe le sommet du vagin. L'orifice vaginal est plus ou moins ouvert; en général, la pulpe du doigt peut s'y introduire. Les deux commissures de cette fente transversale sont plus ou moins déchirées, surtout la gauche. Ces échancrures, plus ou moins nombreuses, plus ou moins profondes, sont des cicatrices qui succèdent aux déchirures faites par le passage du produit au moment de l'accouchement; elles existent plus souvent à gauche, et sont aussi plus profondes de ce côté, à cause de la fréquence de l'obliquité droite de l'utérus. En effet, tous les efforts de contraction de l'organe se dirigent le plus ordinairement de droite à gauche et de haut en bas; ils poussent le produit dans la direction de la commissure gauche du col, qui supporte alors la résultante de ces efforts. Ces échancrures se montrent rarement à la partie moyenne des lèvres; cependant j'ai vu quelquefois le col si compromis par ces déchirures, qu'il ne présentait plus qu'une série circulaire de bourrelets inégaux et allongés.

§ 2. — De la cavité de l'utérus.

La cavité du corps de l'organe, vue de face, a la forme d'un triangle; elle est aplatie d'avant en arrière (fig. 17), et, vue de profil, elle représente un sillon (fig. 15), parce que ses parois sont contiguës. Elle présente trois angles: deux supérieurs où sont situés les

orifices des trompes à peine visibles; un inférieur ou orifice interne (O), qui met cette cavité en communication avec celle du col. La cavité du col est étroite, cylindroïque; elle présente des reliefs penniformes, appelés arbres de vie. Ces ramifications, en forme de feuilles de fougère, disparaissent le plus ordinairement après un premier accouchement, ou du moins il n'en existe que quelques débris. Toutefois il n'est pas très-rare de les trouver dans leur état d'intégrité, même après plusieurs accouchements. M. Cruveilhier fait remarquer l'importance de cette circonstance en médecine légale.

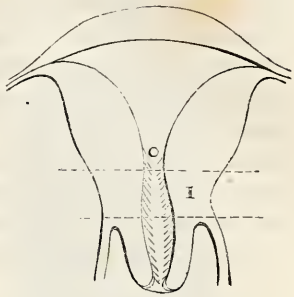


Fig. 17.

La surface interne de l'utérus est bien plus vasculaire dans son corps que dans son col; cette différence s'observe surtout chez les femmes qui ont succombé pendant la période menstruelle. Le col, dans ce cas, a conservé sa blancheur et sa densité accoutumées, tandis que le corps de l'utérus est ramolli et gonflé.

Cette disposition explique comment le défaut de rétraction de l'orifice interne (je ne parle pas de l'orifice externe, il est toujours béant après l'accouchement) n'entraîne pas après lui une hémorrhagie, tandis que cet accident se manifeste toujours dans le cas d'inertie du corps de l'organe.

La cavité utérine présente encore des follicules, prétendus œufs de Naboth, qui ne sont que des cryptes muqueux oblitérés à leur orifice. Cette disposition est bien plus manifeste après l'accouchement (fig. 19).

Structure. — La dissection de la matrice montre de dehors en dedans, savoir, par ordre de supposition : 1° Une portion de péritoine qui l'enveloppe presque entièrement, ainsi qu'on a pu en juger plus haut, excepté cependant dans le quart inférieur de sa face antérieure, dans ses bords latéraux et dans la partie vaginale de son col. Sur les côtés, cette membrane forme deux replis (ligaments larges). Les feuillets antérieur et postérieur de ces ligaments, appliqués l'un contre l'autre, contiennent les vaisseaux et nerfs utérins et ovariques, avec quelques faisceaux ou fibres musculaires ; leur bord supérieur est divisé en trois replis ou ailerons qui contiennent le ligament rond, la trompe et l'ovaire. On voit aussi en arrière et en avant de l'utérus deux petits replis falciformes, que madame Boivin nomme ligaments antérieur et postérieur de l'utérus. 2° Au-dessous d'elle est le tissu propre de la matrice; celui-ci est grisâtre, dense, résistant,

criant sous le scalpel, surtout au col, d'apparence fibrillaire en état de vacuité, et musculaire pendant la grossesse. C'est donc chez de nouvelles accouchées qu'il faut examiner le tissu propre de l'utérus; car, à cette époque, on peut y distinguer même la direction des fibres musculaires. On reconnaît : 1° dans le corps une couche superficielle, mince, composée d'un faisceau médian vertical, qui occupe l'une et l'autre face de l'utérus; ce faisceau médian paraît résulter du redressement des fibres obliques; 2° des fibres ascendantes et descendantes, qui résultent de l'épanouissement des fibres qui viennent des trompes utérines, du ligament des ovaires et des ligaments ronds (fig. 18); ces fibres obliques se redressent pour de-

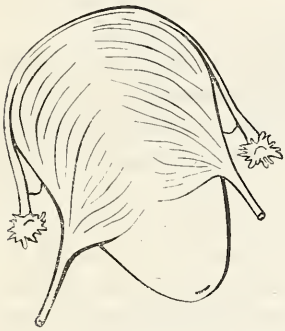


Fig. 18. — *Utérus à terme.*

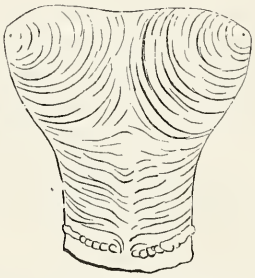


Fig. 19. — *Surface intérieure de l'utérus retourné après l'accouchement.*

venir verticales vers la ligne médiane et s'entre-croiser avec celles du côté opposé; les fibres les plus superficielles de cette couche, qui appartiennent seulement au corps de l'utérus, s'enlèvent ordinairement avec le péritoine; 3° la couche profonde, composée de fibres circulaires, disposées suivant deux séries concentriques (fig. 19), appartenant pour ainsi dire à deux tourbillons, en forme de cône, qui sont prolongés par les trompes, et au centre desquels s'ouvre de chaque côté l'orifice de la trompe. La base de ce cône regarde la ligne médiane et vient se confondre avec celle du côté opposé.

En voyant cette disposition, on est conduit à reconnaître que le corps de l'utérus, chez la femme, résulte évidemment des deux *aduterum* réunis que présentent les femelles des autres mammifères.

Le col est presque entièrement composé de fibres circulaires qui s'entre-croisent à angles très-aigus.

Enfin, l'intérieur est tapissé par une membrane muqueuse, dont l'existence, à vrai dire, n'avait pu être démontrée jusqu'à ce jour

par le scalpel, mais que l'analogie, l'anatomie comparée et l'état pathologique conduisent nécessairement à admettre. Les recherches de E. H. Weber viennent de rendre évident ce fait anatomique.

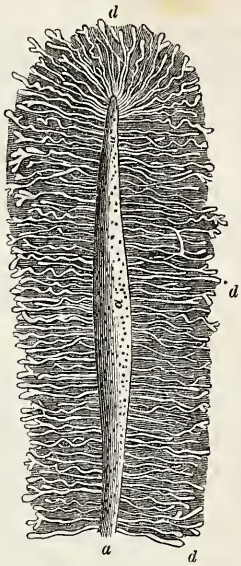


Fig. 20.

Dans la figure 20, que nous devons à cet auteur, la matrice est représentée de profil; la membrane interne de l'utérus, au commencement de la grossesse, montre la disposition des glandes utérines *d*, *d*, *d*, et leurs orifices *a*, *a*, *a* à la surface interne de l'organe, avec un grossissement de deux diamètres.

E. H. Weber, d'accord avec Sharpey, ne décrit que les follicules simples, tubulaires (fig. 20), observés sur la muqueuse utérine de la femme très-peu de temps après la conception. Il n'a jamais observé chez la femme, dans ces follicules, ni dilatation ni division en deux ou trois branches, comme chez le chien; quelques-uns présentent seulement, en se terminant dans la substance de l'utérus, deux ou trois petits culs-de-sac. Avant la conception, ces glandes tubulaires n'ont jamais pu être aperçues par cet observateur, sans doute à cause de leur petitesse, mais leur existence est probable, puisqu'elles se rencontrent chez le chien et chez d'autres animaux.

Le docteur Sharpey pense que ces glandes sécrètent pendant la grossesse un fluide qui est probablement absorbé par les vaisseaux du fœtus, et lui sert de nourriture.

Goodsir croit que ce produit de sécrétion constitue l'hydropérione de Breschet.

La matrice reçoit des artères utérines venant de l'hypogastrique et des ovariques; elle fournit des veines qui, développées dans la grossesse, apparaissent à la coupe comme les veines sus-hépatiques aux coupes transversales du foie, c'est-à-dire presque réduites à la tunique propre et adhérentes au tissu de l'organe.

Les artères utérines proprement dites sont très-volumineuses comparativement aux artères ovariques. Celles-ci s'épuisent en partie en donnant des branches aux ovaires, aux trompes et aux ligaments ronds, et elles ne fournissent que des divisions superficielles à l'u-

térus. Les premières, au contraire, sont très-grosses, et fournissent pour chaque côté onze ou douze grosses branches, qui pénètrent profondément dans le tissu utérin, et y forment de nombreuses et larges anastomoses. On comprend donc que la compression de l'aorte ait une efficacité complète et constante, et qu'elle arrête à l'instant même les hémorrhagies foudroyantes après l'accouchement, puisque les artères utérines naissent de l'hypogastrique, c'est-à-dire au-dessous du point comprimé.

M. A. Belin admet que, pendant la compression de l'aorte, il est très-probable que les artères ovariques ou au moins l'une d'entre elles est comprimée; leur origine et leurs rapports anatomiques permettent de le penser.

Les vaisseaux lymphatiques abondent surtout à la surface; ils vont aux ganglions pelviens et lombaires, et communiquent avec ceux des annexes.

Les nerfs proviennent : les uns des plexus rénaux, ceux-là arrivent à l'utérus accolés aux artères utéro-ovariennes; les autres du plexus hypogastrique. Ceux-ci sont formés par quelques branches antérieures des nerfs sacrés, et par des branches provenant des ganglions lombaires du grand sympathique.

M. Boulard fils m'a communiqué des recherches inédites et très-intéressantes sur la question si obscure et si controversée de la distribution des nerfs dans l'utérus. M. Boulard combat le travail de Robert Lee, qui a décrit et dessiné un nombre infini de rameaux nerveux dans la substance de l'utérus, et il se range du côté de Lobstein et de Beck, qui n'ont pu suivre ces divisions si ténues. Voici d'ailleurs les résultats de la dissection de douze matrices prises dans diverses conditions :

1° Les nerfs de l'utérus viennent du plexus hypogastrique, du ganglion ou anneau nerveux qui entoure l'urètre à son entrée dans la vessie, des dernières paires sacrées, et du plexus mésentérique inférieur. Enfin M. Boulard a constamment trouvé à droite un nerf assez volumineux relativement, qui se détachait du plexus lombo-aortique. Suivant cet observateur,

2° Les nerfs de l'utérus sont en très-petit nombre.

3° Ces nerfs sont très-fins.

4° Contrairement à l'opinion de W. Hunter, ces nerfs n'augmentent pas de volume pendant la grossesse. Sur un utérus de femme morte en couches, il a pu se convaincre qu'on prend facilement des filets cellulaires ou des fibres musculaires pour des rameaux nerveux.

5° Sur un utérus d'enfant, les éléments sont tellement serrés les uns contre les autres, qu'ils semblent former une véritable membrane

nerveuse d'où partent des nerfs très-grêles. Chez la femme adulte, ces éléments sont plus écartés ; chez la femme enceinte, ils forment des mailles plus grandes, et les filets qui en émanent paraissent encore plus grêles que chez l'adulte.

6° Les branches utérines suivent en partie les divisions artérielles, et sont constamment accompagnées par une artériole très-fine. Elles se rendent des bords de l'utérus sur les deux faces et sur le fond, mais il est impossible de les suivre dans les profondeurs du tissu organique, elles se brisent sous le plus léger effort.

7° M. Boulard n'a jamais trouvé ni ganglions ni plexus utérins.

8° Quant au col utérin, il est convaincu que la portion vaginale n'est pas plus dépourvue de nerfs que le reste de l'organe. Il croit avoir saisi un filet jusque sur la lèvre antérieure du museau de tanche.

M. Jobert de Lamballe a admis que les nerfs arrivés sur la partie supérieure du col à son insertion vaginale se replient immédiatement sur le vagin, et semblent complétement abandonner le museau de tanche (partie vaginale du col). Cependant on ne peut admettre que cette partie soit entièrement privée de nerfs, et si le museau de tanche est souvent insensible même à la cautérisation au fer rouge, c'est qu'il ne reçoit qu'une petite quantité de filets nerveux.

On a attribué au col, considéré dans son ensemble, une prédominance de sensibilité sur le corps de l'organe, en raison de ce que le col reçoit des nerfs qui émanent du plexus sacré ; le fait est hors de doute, mais il ne me paraît pas bien interprété : c'est la partie sus-vaginale qui jouit seule de cette sensibilité exquise, souvent très-exagérée au moment de l'accouchement. La partie vaginale, au contraire, n'y participe en aucune manière, hors l'état pathologique bien entendu ; et si au moment de l'accouchement on a pu croire à une sensibilité constante du col vaginal (fait qui n'est cependant qu'exceptionnel), c'est que dans ce moment, le col étant effacé, on a cru que la sensation perçue par la partie sus-vaginale l'avait été par la partie vaginale.

Développement. — Dans le principe, l'utérus de la femme est bicorne, comme celui des mammifères ; son corps est à peine développé, tandis que les trompes sont très-dilatées à leur extrémité inférieure. A mesure que l'embryon avance en âge et que l'utérus se développe, les trompes utérines se rétrécissent, la disposition bicorne tend à s'effacer, et disparaît bientôt complétement.

Le col prédomine aussi, tandis que le corps de l'utérus reste longtemps à l'état rudimentaire, à tel point qu'à la naissance il représente seulement le quart de l'organe ; un peu avant la puberté il n'en

forme encore que la troisième partie, ce n'est qu'après cette époque qu'il égale le col ou même lui devient supérieur. Ce développement du corps est en rapport avec la menstruation, dont le siége serait, suivant M. Cruveilhier, dans le corps seulement. Deux faits cités par cet habile anatomiste confirment cette manière de voir. Dans l'un, il y avait absence complète de menstruation chez une femme dont l'utérus était plein, sans cavité ; dans l'autre, chez une femme morte pendant la menstruation, la muqueuse du corps de l'utérus était molle et considérablement injectée, tandis que le col ne participait pas à cette turgescence.

L'état de grossesse et l'accouchement impriment à l'utérus des modifications qui permettent toujours de reconnaître l'utérus d'une femme qui a conçu. — Chez la femme qui a eu des enfants, suivant Blandin, la matrice reste plus grosse, son corps reste plus développé relativement au col, son col est placé moins haut au-dessus de la vulve, ses vaisseaux et ses nerfs sont plus gros et plus flexueux que chez celle qui n'a pas été mère.

Le col est aussi notablement modifié par l'accouchement : il devient plus étroit à sa partie moyenne qu'à ses extrémités; les ramifications penniformes s'effacent ordinairement ; l'ouverture du museau de tanche redevient transversale, et ses lèvres sont plus ou moins divisées, suivant que les grossesses ont été plus ou moins répétées.

Usages. — L'utérus reçoit le germe fécondé, s'unit à lui, lui fournit les matériaux de sa nutrition pendant le temps de la gestation, après quoi il réagit sur lui, s'en sépare, et le rejette au dehors.

§ 3. — Des ligaments larges et des ligaments ronds de l'utérus.

Les ligaments larges sont deux replis quadrilatéraux formés par le péritoine et transversalement étendus des bords de l'utérus aux parois latérales de l'excavation. Les ligaments larges sont sur le même plan que la face antérieure de l'utérus ; ils s'attachent à la lèvre antérieure des bords de cet organe, laissant derrière eux toute l'épaisseur de ces bords.

Le bord supérieur des ligaments larges se divise en trois replis ou reliefs, formés l'un en arrière par les ovaires et leurs ligaments, l'autre en avant par le ligament rond, le troisième et moyen par les trompes; celui-ci est le plus considérable, le plus élevé, et constitue véritablement le bord supérieur des ligaments larges.

Ces ligaments divisent donc la cavité du petit bassin en deux parties, dont l'antérieure contient la vessie et la postérieure le rectum,

et souvent quelques anses de l'intestin grêle, et une portion de l'S iliaque du côlon.

Je ne parlerai pas ici des ligaments de l'ovaire qui partent des bords de l'utérus et qui ont été décrits plus haut.

Les *ligaments ronds* (cordons sus-pubiens) sont deux faisceaux qui lient l'utérus à la région pubienne; ils s'étendent des parties antérieure, supérieure et latérale de cet organe vers les aines et le mont de Vénus. Ils sont gros à peu près comme une plume de corbeau. Celui du côté droit est un peu plus court que celui du côté gauche.

Ces ligaments, en quittant l'utérus, se portent en avant et en dehors, croisent obliquement le muscle psoas, en rampant sous le péritoine, et s'engagent dans le canal inguinal, le parcourent dans toute son étendue, et s'épanouissent au sortir de cet anneau en se confondant avec la partie voisine de l'aponévrose *fascia superficialis*. Ils se trouvent ainsi en rapport immédiat avec le pénil, les aines et les lèvres de la vulve, parties auxquelles appartient cette aponévrose.

Le ligament rond est constitué par des fibres longitudinales, que quelques anatomistes modernes ont considérées comme appartenant au tissu jaune élastique, mais qui sont évidemment une émanation des fibres utérines. La structure de ces fibres est surtout évidente pendant la grossesse.

Chez le fœtus, et même souvent après la naissance, les ligaments ronds sont accompagnés, dans le trajet inguinal, par un prolongement du péritoine tout à fait analogue à celui qui accompagne le cordon testiculaire, lorsque le testicule a franchi l'anneau. Ce prolongement ou gaîne cylindroïde, connu sous le nom de canal de Nuck, mais dont l'usage est si difficile à expliquer, finit par s'oblitérer, quelquefois il reste ouvert. M. Cruveilhier s'appuie sur ce fait pour expliquer comment l'observation lui a permis de constater, contrairement à l'opinion généralement reçue, un assez grand nombre de hernies inguinales chez la femme. Suivant cet auteur, ce nombre égalerait celui des hernies crurales.

Les cordons sus-pubiens ont pour usage de fixer l'utérus, et de prévenir ses déplacements.

ARTICLE IV

DU VAGIN.

Le vagin est un conduit membraneux qui s'étend de la vulve à l'utérus; il est tout à la fois, et l'organe de copulation de la femme, et le canal destiné d'une part au passage du sang menstruel, et de

'autre, à celui du produit de la conception. Ce canal commence en haut, à la jonction du tiers supérieur avec les tiers inférieurs du col de l'utérus, qu'il entoure, et autour duquel il forme une rainure circulaire, dont la profondeur est en raison de la saillie que fait le col utérin. Cette rainure est, comme je l'ai dit en parlant du col, plus profonde en arrière qu'en avant. Le plus grand diamètre du vagin est à sa partie supérieure, ce qui est surtout très-remarquable chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. De là, le vagin descend vers la vulve, ayant en arrière de lui le rectum, dont il est séparé, dans son cinquième supérieur seulement, par le cul-de-sac postérieur du péritoine ; tandis que dans les quatre cinquièmes inférieurs, ses rapports avec l'intestin sont presque immédiats : une couche de tissu cellulaire lamelleux que M. Cruveilhier nomme dartoïde, les unit. En avant et un peu au-dessus, se trouve la vessie, qui lui est unie par le tissu cellulaire filamenteux serré. Cette adhérence est intime; aussi, dans la formation des fistules vésico-vaginales, n'observe-t-on jamais d'infiltration urineuse entre les parois correspondantes de ces deux cavités ; l'étendue des parois antérieure et postérieure du vagin est fort différente : la première n'a que les deux tiers de la seconde. La directon de ce canal est la même que celle de l'axe du détroit inférieur et de la vulve combinés.

L'extrémité vulvaire du vagin est sensiblement rétrécie : cette ouverture est garnie généralement d'un repli muqueux, plus ou moins saillant et de forme semi-lunaire ; quelquefois constituant une sorte de diaphragme, percé d'une ouverture supérieure, et qui, parfois, peut oblitérer complétement le vagin et s'opposer à l'écoulement des règles. Ce repli prend le nom de membrane de l'hymen; quelquefois aussi il offre de si faibles dimensions, qu'on en aperçoit à peine les traces. On a prétendu que de ces débris, après la défloration, résultaient des espèces de tubercules auxquels on a donné le nom de caroncules myrtiformes. M. Ph. Rigaud est convaincu que ces caroncules ne sont point le résultat de la déchirure de l'hymen, mais bien des replis muqueux existant constamment derrière cette membrane.

A l'extérieur, le vagin donne insertion, par ses parties latérales et supérieures, aux ligaments larges. Ce canal est affaissé sur lui-même, excepté en haut où le col de l'utérus tient ses parois écartées. La paroi antérieure, refoulée en bas, se présente à la vulve. On y remarque un raphé médian, bien plus prononcé que sur la paroi postérieure, et de chaque côté duquel partent des rides ou stries transversales, d'autant plus nombreuses et d'autant plus prononcées qu'elles s'approchent plus de l'orifice vulvaire.

Sa longueur est de 10 à 13 centimètres ; il est quelquefois beaucoup plus court, et peut aussi s'allonger davantage sous l'effort du speculum.

Le vagin n'a pas les mêmes diamètres dans les divers points de sa longueur : son orifice inférieur ou vulvaire est la partie la plus étroite ; son extrémité supérieure a des diamètres bien plus considérables ; du reste ce conduit est éminemment dilatable, et, de plus, douéd'une espèce de contraction vermiculaire.

La muqueuse qui tapisse le vagin est rougeâtre ou seulement rosée, et revêtue d'un épithélium bien distinct, qui s'arrête sur les lèvres du col de l'utérus, la muqueuse qui tapisse l'intérieur de la matrice étant dépourvue d'épithélium.

Cette surface offre sur ses deux parois, et particulièrement sur la paroi antérieure, surtout au voisinage de l'orifice vulvaire, des saillies transversales qui s'étendent toutes de chaque côté d'une ligne saillante, qui se prolonge, sous la forme d'un raphé médian, tout le long de la paroi antérieure du vagin ; celui de la paroi postérieure est beaucoup moins prononcé. On donne à ces deux raphés le nom de colonnes du vagin.

Les rides transversales du vagin, très-prononcées chez les vierges et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, s'effacent en partie par le fait de l'accouchement à la partie supérieure du vagin, mais elles persistent toujours à la partie inférieure. Ces derniers plis sont constitués par des papilles extrêmement saillantes, recouvertes par la muqueuse ; ils ne peuvent fournir, comme le fait remarquer M. Cruveilhier, à l'ampliation du vagin.

Structure. — Deux membranes, une extérieure et une intérieure, dont nous venons de parler ; un tissu propre, des vaisseaux et des nerfs entrent dans la composition du vagin. La membrane extérieure est de nature fibro-celluleuse ; elle est en rapport, en avant, avec le bas-fond de la vessie et avec l'urètre, dont la sépare un espace triangulaire, à base postérieure et supérieure ; en arrière, elle appuie immédiatement sur le rectum au milieu, tandis qu'elle en est séparée, supérieurement et inférieurement, par deux intervalles triangulaires opposés par le sommet. Au niveau du premier, elle est revêtue par le péritoine ; au niveau du second, elle est en rapport avec le tissu cellulaire pelvien. Sur les côtés, cette membrane donne insertion aux ligaments larges en haut, tandis qu'en bas elle est embrassée par les muscles releveurs de l'anus, les aponévroses et le tissu cellulaire du périnée. La membrane interne, comme je l'ai dit, de nature muqueuse, adhère avec le tissu propre du vagin.

Le *tissu propre du vagin* est interposé aux deux membranes précé-

dentes; il forme une couche plus épaisse inférieurement que supérieurement, et présente une couleur grise, rougeâtre; il est uni au col de l'utérus par un tissu cellulaire serré, mais il ne se continue réellement pas avec lui. M. Cruveilhier a très-bien caractérisé la nature de ce tissu, en le comparant au dartos.

Les *bulbes du vagin*, au nombre de deux, situés l'un à droite, l'autre à gauche de l'orifice du vagin, commencent en arrière par une extrémité renflée, puis ils vont diminuant d'arrière en avant, et se réunissent sur la ligne médiane, entre le méat urinaire et le clitoris. Ce double bulbe du vagin, qui est constitué par un tissu érectile, analogue à celui du bulbe de l'urètre chez l'homme, communique largement, par plusieurs veines considérables, avec le tissu caverneux du clitoris; le muscle constricteur du vagin le recouvre et semble se mouler sur lui.

Les *artères* viennent de l'hypogastrique, sous le nom de vaginales; les artères utérines y envoient aussi de nombreuses ramifications.

Les *veines*, très-multipliées et plexiformes, vont se rendre aux veines hypogastriques.

Les *lymphatiques* se rendent dans les ganglions pelviens.

Les *nerfs* viennent du plexus hypogastrique.

ARTICLE V

DE LA VULVE.

Ce nom a été donné aux parties tout à fait extérieures des organes de la génération chez les femmes. Dans leur ensemble, elles forment une fente longitudinale, comprise entre les cuisses et dirigée d'avant en arrière, cependant un peu oblique de haut en bas. La vulve est surmontée antérieurement par le mont de Vénus ou pénil, composé d'une couche de peau ombragée de poils nombreux, et qui repose sur un coussin graisseux, plus ou moins épais. Du pénil, partent deux replis tégumentaires, dans l'épaisseur duquel existe une couche assez épaisse de tissu cellulaire graisseux, qui est d'autant plus pénétré de vaisseaux qu'on se rapproche davantage de la surface interne : ce sont les grandes lèvres. Plus épaisses, plus larges, plus saillantes antérieurement et à la partie moyenne, les grandes lèvres s'effilent en arrière, et là se réunissent, par une commissure membraneuse, en forme de croissant, que l'on appelle la fourchette : entre elle et l'hymen, il reste un petit intervalle concave, la fosse naviculaire.

Entre les grandes lèvres paraissent les petites lèvres ou nymphes, double repli muqueux, limitant sur les côtés une surface triangulaire, le vestibule, sur laquelle nous allons revenir. Plus larges dans leur partie moyenne, elles diminuent de largeur inférieurement, et vont se perdre insensiblement vers le milieu de la face interne des grandes lèvres ; en avant, chacune des nymphes se bifurque. La branche supérieure de bifurcation va se rendre à celle du côté opposé pour coiffer le clitoris, et lui fournir une gaîne ou prépuce qui est incomplet inférieurement. Quant à la branche inférieure de bifurcation, elle se joint à celle du côté opposé, pour se fixer à la partie inférieure même du clitoris. Dans l'épaisseur des petites lèvres, existe un grand nombre de follicules sébacés, qui sécrètent abondamment une humeur épaisse, jaunâtre, odorante.

Le vestibule est cet espace triangulaire que limitent les petites lèvres et qui se trouve placé en avant et au-dessus de l'orifice du vagin. Son angle supérieur ou antérieur nous présente le clitoris. A sa base, un peu au-dessous du clitoris, on voit un petit tubercule plat, sur la ligne médiane, et sur lequel s'ouvre le canal de l'urètre ; ce canal est en quelque sorte creusé dans la paroi antérieure du vagin. Il a de 2 centimètres et demi à 3 centimètres et demi ; il est large, conique, à peine recourbé ; et quelquefois très-dilaté : Flamand en a rencontré un permettant l'introduction du doigt.

La *membrane muqueuse de la vulve* se continue d'une part avec la peau des grandes lèvres, et d'une autre part avec la muqueuse du vagin ; elle présente : 1° sur les petites et les grandes lèvres, des follicules sébacés très-nombreux, visibles à l'œil nu, et qui fournissent une matière caséiforme odorante ; 2° des follicules muqueux, qui abondent surtout au voisinage du méat urinaire et qui s'ouvrent dans des espèces d'infundibulum dont les orifices, visibles à l'œil nu, sont quelquefos assez considérables pour admettre l'extrémité mousse d'un gros stylet ; 3° de deux corps glandulaires particuliers nommés glandes de Bartholin, glandes de Cowper, et auxquels M. Huguier a donné le nom de glandes vulvo-vaginales ; il en existe une à gauche et l'autre à droite sur les parties latérales de la vulve et du vagin, et profondément. Elles sont arrondies, ovoïdes, mais M. Huguier les a rencontrées très-souvent aplaties chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants [1].

Développement. — Chez les fœtus, les grandes lèvres, peu dévelop-

[1] *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, t. XV, p. 605 et suiv.).

pées, sont écartées l'une de l'autre : 1° par les petites lèvres, qui sont proportionnellement beaucoup plus considérables; 2° par le clitoris qui dépasse d'autant plus les grandes lèvres que l'embryon est plus jeune. Cette prédominance du clitoris est encore telle, à l'époque de la naissance, qu'elle a pu induire en erreur sur le véritable sexe de l'enfant.

ARTICLE VI

DU PÉRINÉE.

On appelle périnée tout l'espace compris entre l'anus et la commissure inférieure de la vulve. Sa longueur est de 2 centimètres et demi à 4, mais il se laisse en général assez facilement distendre, et peut, au moment du passage de la tête, acquérir jusqu'à 8 à 9 centimètres. (Pour le reste de la description, voyez page 18.)

ARTICLE VII

ANNEXES DE L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME.

§ 1. — **Glandes mammaires.**

Les glandes mammaires sont sous-cutanées, et jointes à une grande quantité de tissu cellulaire graisseux. Une peau rosée et fine les recouvre vers leur centre, et constitue l'aréole qui est surmontée par une éminence plus ou moins marquée appelée mamelon ; rosée dans le jeune âge, cette aréole devient brunâtre avec l'âge ou pendant la grossesse. (Voy. *Diagnostic de la grossesse*, p. 63.)

La structure des glandes mammaires se compose d'un tissu glandulaire formant une masse blanchâtre, dure, anfractueuse, perdue dans une couche cellulo-graisseuse. Ces glandes peuvent se diviser en lobes, lobules et granulations, séparés par un tissu cellulaire presque fibreux. Ces caractères anatomiques sont surtout prononcés sur les femmes mortes pendant l'allaitement. Les lobes sont formés de lobules et les lobules sont constitués par les granulations; ces dernières ont à peu près le volume d'un grain de millet, offrent une teinte rougeâtre ; ce sont des vésicules et non des corps solides (fig. 21, d'après M. J. Cloquet).

De chacun de ces groupes de vésicules naît un rameau canaliculé très-ténu et très-court qui s'ouvre dans le lobule. Le nombre de ces petits canaux est en raison de celui des vésicules qui constituent chaque lobule ; les vésicules *v*, *v*, *v* et les petits conduits qui leur ser-

vent de pédicule représentent à peu près la disposition d'une fleur d'ombellifère (fig. 22).

Fig. 21.

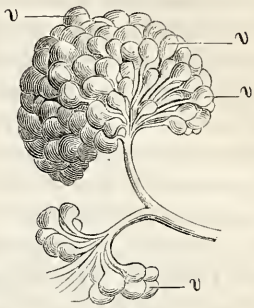


Fig. 22.

Tous ces petits canaux avant de se détacher du lobule, se confondent pour former un canal plus considérable r (fig. 21), lequel se réunit à d'autres canaux de même nature pour former les conduits galactophores. La lettre *m* de la figure 21 indique le mamelon qui se

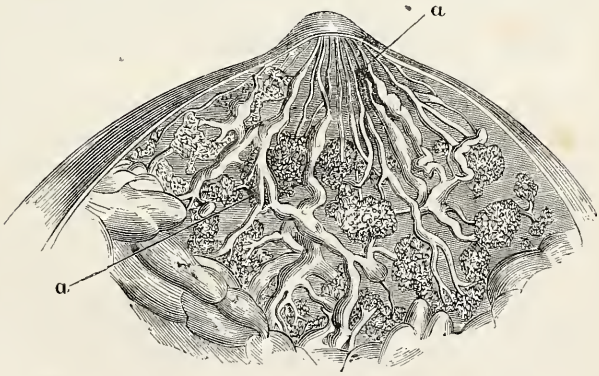


Fig. 23.

trouve constitué par la réunion des conduits galactophores : la plus grande partie de ces vaisseaux ont été coupés, deux seulement ont été conservés ; les lettres *s*, *s* indiquent les renflements de ces conduits ; *l*, *l*, les lobules ; *r*, un rameau initial.

Les conduits galactophores, au nombre de quinze environ, s'embranchent à la manière des veines ; de nombreuses anastomoses font

communiquer les renflements ou sinus entre eux. La figure 23, d'après Verheyen, représente très-bien cette disposition ; les lettres *a*, *a* indiquent ces anastomoses.

Ces conduits, après s'être dilatés en forme de sinus, reprennent leur calibre ordinaire, et, serrés les uns contre les autres, vont composer le mamelon lui-même et aboutissent à la surface de son tégument par autant d'orifices ; leur structure est cellulo-muqueuse, la couche celluleuse devient presque dartoïde au niveau du mamelon.

Les mamelles reçoivent plusieurs artères des thoraciques, des intercostales supérieures et mammaires internes. Les veines sont, les unes profondes, satellites de ces artères ; les autres, superficielles. Leurs vaisseaux lymphatiques gagnent les ganglions de l'aisselle ; quelques-uns vont aux ganglions sous-sternaux et intercostaux. Parmi les nerfs de la région mammaire, il en est qui paraissent se distribuer spécialement à la glande : telle est la branche des thoraciques et intercostaux ; d'autres à la peau : telle est la branche sous-claviculaire du plexus cervical superficiel.

DEUXIÈME PARTIE

DE LA GROSSESSE.

De la conception et de la grossesse.

La conception ou fécondation résulte de l'action du principe fécondant fourni par l'homme sur l'ovule fourni par la femme.

La conception est un acte involontaire qui s'accomplit le plus ordinairement sans que la femme en ait la conscience; quelques-unes cependant ont pu reconnaître à une sensation toute particulière un rapprochement fécondant de celui qui ne l'était pas.

De même, il est hors du pouvoir de l'homme de créer tel ou tel sexe à volonté. Tout au plus pourrait-on admettre que la prédominance d'énergie physique puisse influer sur le sexe de l'enfant. Ainsi, telle femme faible mariée à un homme vigoureux n'engendrerait que des garçons, tandis que, forte et mariée à un homme faible, elle ne mettrait au monde que des filles. S'il y a quelque chose de vrai dans cette opinion, l'expérience n'oblige pas à la regarder comme la règle générale.

Jusqu'à ce jour on avait pensé que la fécondation pouvait s'opérer dans l'espèce humaine à toutes les époques; mais d'après les nouvelles recherches de MM. Gendrin et Raciborski [1], la conception ne s'effectuerait que pendant les règles, et pendant les premiers jours qui suivent cette évacuation. Il est évident, en effet, qu'à cette époque les vésicules de Graaf sont bien plus disposées à se rompre, comme je l'ai dit, que dans tout autre temps. Il est certain d'ailleurs que, si l'on recherche avec attention l'époque de la conception chez un grand nombre de femmes, on trouve que cette époque coïncide le plus ordinairement avec les quelques jours qui ont accompagné ou suivi les règles; mais enfin cela n'a pas toujours lieu : cette opinion ne doit donc être regardée que comme une règle générale, soumise à de nombreuses exceptions.

On s'est de tout temps occupé de rechercher quel rôle jouait dans la fécondation la liqueur fécondante de l'homme, quelle action

[1] *De la puberté et de l'âge critique chez la femme.* Paris, 1844, in-12.

intime elle exerçait sur le germe de la femme, et comment de cette action il résultait un nouvel être; mais on n'a pu encore pénétrer ce mystère qui paraît devoir rester toujours impénétrable.

Aussi je me contenterai d'exposer aussi brièvement que possible les diverses théories plus ou moins ingénieuses qui sont le plus généralement admises sur ce sujet.

Suivant les uns, pendant le rapprochement des deux sexes, le principe fécondant de l'homme, pénétrant dans l'utérus par le col de la matrice, cheminerait le long de la trompe jusqu'à l'ovaire [1], et, arrivé là, féconderait l'ovule, qui, comme je l'ai dit, se trouve tout formé dans l'ovaire. Selon d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons MM. Gendrin et Raciborski, Pouchet [2], etc., une ponte périodique, coïncidant avec l'époque menstruelle, s'effectuerait chez la femme aussi bien hors de l'influence du rapprochement des deux sexes que pendant ce rapprochement, et l'ovule, séparé de l'ovaire par la rupture de la vésicule de Graaf, et saisi par la trompe, rencontrerait le principe fécondant de l'homme, soit dans la trompe, ou dans l'utérus même, quand l'ovule aura eu le temps d'arriver dans la cavité de cet organe avant le rapprochement.

Quant à l'action exercée par ce principe sur l'ovule, elle est expliquée de différentes manières.

Cette action est attribuée à la présence de petits corps qu'on rencontre dans la liqueur fécondante de tous les animaux mâles capables de se reproduire, petits corps qui se meuvent avec une très-grande rapidité dans les premiers moments de l'émission du liquide, et qui cessent de se mouvoir ensuite; qui sont très-petits chez l'homme, où ils ne dépassent guère un vingt-cinquième de millimètre; ovales, un peu aplatis et transparents, et n'apparaissant, dans l'espèce humaine, qu'au moment de la puberté.

Pour les uns, ces petits corps sont des animalcules appelés *spermatozoaires*, qui concourent directement à la formation de l'embryon. Ainsi un de ces animalcules s'introduirait dans l'ovule, et, s'y développant, constituerait l'embryon même, ou tout au moins son système nerveux. Pour d'autres, Valisneri, Bory-Saint-Vincent, Valentin, Bis-

[1] Bischoff (*Traité du développement*, p. 22), aperçut pour la première fois des spermatozoaires sur l'ovaire d'une jeune chienne, le 22 juin 1838. Il y en avait aussi dans le vagin, la matrice, les trompes, les franges de la trompe, et dans la poche péritonéale qui entoure l'ovaire. Ces petits corps étaient doués de mouvements très-vifs. Wagner, Barry, au dire de Bischoff, ont depuis constaté le même fait.

[2] *Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation dans l'espèce humaine et les mammifères.* Paris, 1847.

choff [1], ces petits corps ne seraient destinés, par leur mouvement, qu'à maintenir la composition chimique de la liqueur prolifique, jusqu'à ce qu'elle ait eu le temps de se mettre en contact avec l'ovule. Il en serait pour cette liqueur comme il en est pour le sang, qui perd ses propriétés chimiques quand il cesse d'être en mouvement.

Quoi qu'il en soit, c'est bien à la présence de ces petits corps qu'est due la fécondation ; car toutes les fois qu'on est parvenu à en priver la liqueur prolifique, elle est devenue impropre à la fécondation ; et d'ailleurs, que l'ovule soit fécondé dans l'ovaire même pendant son trajet dans la trompe, ou dans l'utérus, il est toujours saisi par le pavillon de la trompe au moment où il sort de la vésicule de Graaf, parcourt la trompe sous l'influence des contractions péristaltiques de ce conduit, et arrive à son orifice utérin vers le dixième ou douzième jour environ.

Immédiatement après la conception commence le développement du produit ou la grossesse, qui se termine par l'accouchement deux cent soixante-dix jours ou neuf mois après l'imprégnation.

La grossesse est *simple*, quand l'utérus ne contient qu'un produit normal ; elle est *composée*, quand plusieurs produits sont renfermés dans la matrice ; elle est *compliquée*, quand une tumeur se développe en même temps que le produit ; enfin, la grossesse est *anormale* quand le fœtus s'est développé en dehors de la cavité utérine (grossesse extra-utérine).

[1] *Traité du développement de l'homme et des mammifères*, p. 31.

CHAPITRE PREMIER

DE LA GROSSESSE NORMALE.

ARTICLE Ier

MODIFICATIONS DE L'UTÉRUS ET DU PRODUIT.

Les modifications nombreuses qui se passent dans l'utérus et le produit, depuis la première imprégnation jusqu'à terme, exercent sur toute l'économie des réactions sympathiques qui se traduisent à l'extérieur par des signes à l'aide desquels on peut constater l'existence de la grossesse.

Quelques-unes de ces modifications peuvent être perçues directement sur l'utérus, et constituent par elles-mêmes des signes qui permettent aussi de diagnostiquer la grossesse, et même d'en préciser l'époque.

Certaines modifications de l'utérus ne sont donc manifestes que par leurs effets, véritables réactions sympathiques, telles que la coloration de l'auréole, le trouble des fonctions digestives et du système nerveux, etc., dont le caractère anatomique nous échappe pendant la vie, tandis que d'autres peuvent être directement appréciées pendant la grossesse et sur l'organe même, soit médiatement à travers les parois abdominales, soit immédiatement par le toucher vaginal (modifications du col et du corps de l'organe), etc.

C'est l'appréciation de ces modifications et celles des réactions sympathiques qu'elles déterminent sur l'économie qui constitue le diagnostic de la grossesse.

Toutefois, comme l'appréciation de l'âge des produits avortés, et aussi l'appréciation exacte de l'époque de la grossesse après la mort, sont d'une utilité incontestable en médecine légale, il sera nécessaire de joindre à l'étude des modifications de l'utérus et du produit qu'on peut apprécier directement, et qui constituent essentiellement le diagnostic de la grossesse, l'étude des modifications qui, n'étant manifestes que par leurs effets, ne peuvent être appréciées directement que sur la femme morte ou le produit avorté. Aussi, à chaque époque de la grossesse, j'étudierai les modifications qui caractérisent chaque époque, que ces modifications soient appréciables ou non pendant la vie; puis je passerai au diagnostic établi sur les signes sensibles fournis par ces modifications. Cette marche donnera un

ensemble complet de notions qui permettront de constater, par ces évolutions, s'il y a grossesse, et à quel terme la grossesse est parvenue, et en même temps de suivre de mois en mois l'évolution du nouvel être et des organes destinés à le contenir et à l'expulser.

§ 1. — Développement du produit pendant les trois premiers mois.

Il a été jusqu'à présent, et il sera sans doute toujours impossible de suivre dans l'espèce humaine les phases du développement de l'embryon pendant la première semaine ; aussi est-on contraint d'avoir recours aux recherches et expériences faites sur les animaux. Ces recherches, on est fondé à les regarder aussi comme très-propres à éclairer l'histoire du développement de l'œuf humain, pendant les trois ou quatre semaines suivantes, parce qu'il est bien constant maintenant que les périodes ultérieures offrent une analogie frappante entre ces deux classes d'êtres, parce qu'on trouve dans leurs produits de conception les mêmes éléments, les mêmes formes. Or, si l'on s'en rapporte aux recherches les plus récentes qui ont été faites sur ce sujet, voici de quelle manière la nature procède à l'évolution de l'embryon pendant les premiers temps, chez les mammifères les plus parfaits après l'homme.

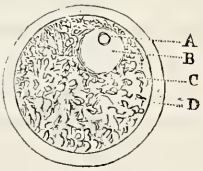


Fig. 24.

L'œuf humain non fécondé, parvenu à maturité, est composé, de dedans en dehors, de la tache germinative (A), de la vésicule de Purkinje ou germinative (B), du vitellus (C), de la membrane vitelline ou zone transparente (D).

Lorsque l'ovule est parvenu à son dernier degré de maturité, la vésicule de Graaf qui le renferme (fig. 8) se déchire vers le point qui est le plus saillant à la surface de l'ovaire, et l'ovule s'échappe, entraînant avec lui une partie du cumulus granuleux de la vésicule de Graaf; puis, à une époque qui n'a pas encore pu être déterminée, l'ovule s'engage dans la trompe dont le pavillon est venu s'appliquer sur l'ovaire. Alors seulement on commence à y constater quelques modifications.

Changements que subit l'œuf dans la trompe.

Dans la première moitié de la trompe. — L'ovule, parvenu dans la première moitié de la trompe, ne présente plus ni la vésicule germinative de Purkinje, ni la tache germinative, mais il est encore environné par une couche plus ou moins épaisse des granulations qui constituait le disque proligère dans la vésicule de Graaf.

La membrane vitelline s'est un peu épaissie.

La consistance du vitellus augmente, il se condense ; aussi ne remplit-il pas exactement la vésicule vitelline, et se trouve séparé d'elle par une petite quantité de liquide transparent.

Dans la deuxième moitié de la trompe. — Quand l'ovule est parvenu dans la seconde moitié de la trompe, on n'observe plus autour de lui les granulations du disque proligère ; ce disque est remplacé par une couche d'une substance gélatiniforme et transparente qui environne la membrane vitelline. Peu à peu cette couche d'albumine augmente, ainsi que l'épaisseur de la membrane vitelline. Le vitellus ne forme plus une masse compacte et homogène à mesure que l'ovule approche de l'utérus, mais il se partage d'abord en deux parties qui diminuent successivement de volume, et se multiplient en se doublant, comme 2, 4, 8, 16, etc., et jusqu'à ce que le vitellus, ainsi divisé, ait pris exactement la forme du fruit appelé mûre.

Pendant son trajet dans la trompe, l'œuf augmente peu à peu de volume, probablement d'abord en absorbant les granulations qui l'accompagnent, et, plus tard, au moyen du liquide albumineux qui est sécrété par la trompe.

Ce n'est que vers le douzième jour après la fécondation que l'ovule peut être étudié dans l'utérus.

Modifications de l'ovule depuis son arrivée dans la matrice.

L'ovule, au moment où il arrive dans la cavité utérine, se compose du vitellus avec ses granulations, restes du corps mûriforme en décomposition, de la membrane vitelline (B) très-épaisse, et d'une couche d'albumine (A) assez mince qui environne la membrane vitelline. Peu de temps après l'arrivée de l'œuf, les granulations vitellines ont complétement disparu, et sont remplacées par un liquide transparent. Suivant M. Coste, ces granulations se condensent sur les parois internes de la membrane vitelline et constituent une seconde vésicule contenue dans la première, à laquelle M. Coste a donné le nom de *vésicule blastodermique* (C).

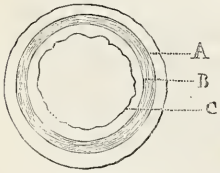


Fig. 25.

Pendant que se développe la vésicule blastodermique, la couche d'albumine, qui environnait l'œuf à son arrivée dans l'utérus, disparaît, et la membrane vitelline perd beaucoup de son épaisseur.

L'œuf commence alors à adhérer à l'utérus.

Bientôt on distingue, sur un des points de la vésicule blastodermique, une tache arrondie et blanchâtre, à laquelle M. Coste a donné le nom de tache embryonnaire. La vésicule blastodermique et cette

JUL 15 LIBR.

tache embryonnaire sont composées de deux feuillets adossés l'un à l'autre.

Peu à peu la tache embryonnaire s'accroît, et passe de la forme arrondie à la forme allongée ; puis elle s'élève de plus en plus au-dessus de la face externe de la vésicule blastodermique, et présente une convexité dirigée vers la membrane vitelline, et une concavité qui regarde la partie centrale de l'œuf. La cavité du blastoderme est alors divisée en deux parties distinctes : l'une embryonnaire, et l'autre constituant la vésicule ombilicale.

Au centre de la tache embryonnaire se montrent bientôt les premières traces de l'embryon, sous l'apparence d'une ligne plus foncée. Une des extrémités de cette ligne se renfle bientôt, et sera la tête, tandis que l'autre reste plus ou moins étroite : c'est l'extrémité caudale.

A cette époque, il est facile de suivre le feuillet séreux de la vésicule blastodermique, et de le voir se continuer avec les couches les plus externes du corps embryonnaire, tandis que le feuillet muqueux en forme la couche interne.

Bientôt la partie de la couche externe du blastoderme qui avoisine l'embryon se soulève pour former autour de ce dernier, et surtout à ses deux extrémités, des plis que l'on distingue par les noms de capuchon céphalique et caudal. Ces plis de la portion externe du blastoderme s'allongent rapidement, contournent la région dorsale de l'embryon, et peu à peu finissent par se réunir sur la ligne médiane. Ainsi réunis, ils constituent la membrane amnios. D'abord ces plis sont presque en contact avec l'embryon, mais bientôt ils s'en trouvent séparés par un liquide (le liquide amniotique).

Le feuillet interne du blastoderme se continue toujours avec l'embryon dans tout le pourtour de sa large ouverture ventrale. Mais quant à la membrane amnios, elle se continue évidemment avec le feuillet séreux ou externe du blastoderme, et il ne peut en être autrement, puisque ces plis ont été constitués avec une portion de ce feuillet séreux du blastoderme.

D'abord cette membrane amnios est appliquée par sa surface externe au feuillet séreux ou externe du blastoderme ; mais bientôt elle s'en éloigne de plus en plus, et finit par se mettre en contact avec la vésicule vitelline, et par conséquent avec le feuillet interne ou muqueux du blastoderme. Un liquide particulier, muqueux, remplit l'espace qui existe alors entre la partie du feuillet externe du blastoderme qui s'est replié, c'est-à-dire l'amnios et le reste du feuillet externe.

Suivant quelques auteurs, la vésicule vitelline et le feuillet séreux

du blastoderme se réuniraient pour former la membrane la plus externe de l'œuf, le chorion; ils fondent leur opinion sur ce que, bien avant la formation de l'amnios, ils ont rencontré sur l'exochorion ou la vésicule vitelline les rudiments des villosités du chorion. Suivant d'autres, la vésicule serait peu à peu résorbée pendant le développement du feuillet externe ou séreux du blastoderme, qui seul constituerait la membrane d'enveloppe.

Les deux capuchons céphalique et caudal, à leur point de contact, forment par leur adossement une espèce de pont membraneux qui réunit alors de chaque côté le chorion (i) avec l'amnios (A), mais peu à peu le pont membraneux disparaît, et l'amnios et le chorion sont complétement isolés.

L'amnios se continuant manifestement avec les parois abdominales de l'embryon tout au pourtour de l'espace ventral, qui en se resserrant constituera un jour l'ombilic, il n'est pas possible d'admettre que l'embryon soit, à aucune époque, indépendant de l'amnios.

A mesure que l'amnios se constitue, les bords de la tache embryonnaire se replient de plus en plus, et la concavité comprise dans ces bords devient de plus en plus profonde. Au fond de cette concavité, on rencontre le feuillet muqueux du blastoderme, qui devra constituer le canal intestinal, et qui, à cette époque, est représenté par une gouttière allongée communiquant largement avec la cavité de la vésicule ombilicale ou intérieure du feuillet muqueux du blastoderme. Cette gouttière, qui sert de communication entre la cavité intestinale de l'embryon et l'intérieur du feuillet muqueux du blastoderme, devient progressivement plus étroite, et c'est alors seulement que la vésicule formée par le feuillet muqueux du blastoderme, que j'ai déjà nommée la vésicule ombilicale, prend véritablement ce nom.

Vaisseaux omphalo-mésentériques. — On voit les vaisseaux omphalo-mésentériques se répandre dans le feuillet vasculaire de la vésicule ombilicale; ces vaisseaux sont : deux veines pénétrant dans l'embryon, et une artère qui en sort.

Allantoïde. — Pendant que s'accomplissent successivement les précédentes modifications que je viens d'indiquer, il s'élève de la partie inférieure du canal intestinal, où la vessie et le rectum sont confondus sous le nom de cloaque, une petite vésicule qui communique par un pédicule étroit avec la cavité de l'intestin : c'est la vésicule allantoïde, dont M. Coste a le premier constaté l'existence dans l'espèce humaine. Elle sort par l'ombilic à côté du pédicule de la vésicule ombilicale, s'accroît très-rapidement, et bientôt on la voit s'épanouir en forme de parapluie autour de l'embryon (fig. 37) et de la vésicule

ombilicale, puis venir s'appliquer contre toute la surface interne du chorion.

Suivant les uns, les extrémités terminales des vaisseaux ombilicaux passent à cette membrane, et s'étendent même jusque dans les villosités développées à sa surface externe.

Bischoff n'a jamais rencontré dans l'espèce humaine cette transmission des vaisseaux de l'allantoïde au chorion, et pense que l'allantoïde ne se met en contact avec le chorion que par un point circonscrit de sa base.

L'œuf se compose alors :

1° D'un embryon;

2° D'une quantité plus ou moins grande de liquide, au milieu duquel il nage;

3° De la membrane amnios, qui forme une gaîne aux organes qui sortent par l'ouverture ventrale;

4° De la vésicule ombilicale placée entre l'amnios et le chorion, et dont le pédicule très-étroit communique cependant encore avec la cavité intestinale;

5° Des vaisseaux omphalo-mésentériques, qui appartiennent à la vésicule ombilicale;

6° Du pédicule de la vésicule allantoïde;

7° D'un espace qui sépare l'amnios du chorion et qui est rempli par un liquide que M. Velpeau a nommé corps rétiforme ou réticulé, au milieu duquel est contenue la vésicule ombilicale.

Comme on le voit d'après la description ci-dessus, la cavité digestive ou interne de l'embryon est en contact immédiat et en communication directe avec la vésicule vitelline et son contenu le vitellus, qui, d'après toute probabilité, est sa première nourriture : c'est ce qu'on a appelé l'embryotrophe, et cette vésicule vitelline, comme on l'a vu aussi, n'est autre que la vésicule ombilicale, qui reçoit les vaisseaux omphalo-mésentériques.

Peu à peu l'embryon, en grossissant, s'isole de la vésicule vitelline ou ombilicale, de manière que les divers points de ses parois inférieures, se rapprochant de plus en plus, se resserrent sous forme d'un anneau (anneau ombilical), d'où part le canal vitellin ou omphalo-mésentérique, court d'abord et s'allongeant plus tard, par lequel le vitellus communique toujours avec l'intestin ; mais la vésicule ombilicale diminuant de volume à mesure que l'embryon se développe, le vitellus ne peut bientôt plus servir d'aliment au petit individu, auquel un nouveau moyen de nutrition devient nécessaire : c'est alors que de la partie postérieure de l'embryon sort une expansion en forme de vésicule, sur les parois de laquelle se développent deux ramifica-

tions des artères iliaques internes. C'est, comme je l'ai déjà dit, la vésicule allantoïde. Suivant les uns, dès que cette membrane est suffisamment développée, elle s'applique contre la paroi interne du chorion, le double, pour ainsi dire, et envoie de nombreuses ramifications de ses deux artères dans les villosités du chorion : ce serait là par conséquent l'origine des vaisseaux placentaires de l'embryon, et du placenta lui-même, complété, comme nous le verrons plus tard, par l'addition d'autres parties et vaisseaux qui viennent de la mère. Suivant Bischoff, au contraire, il n'y aurait, comme on l'a vu, entre la membrane allantoïde et le chorion qu'un point de contact limité.

Le placenta ainsi constitué sert seul, suivant toute probabilité, à la nutrition de l'embryon jusqu'à la fin de la vie intra-utérine. L'allantoïde ne semble donc être qu'un moyen de transport des artères de l'embryon au placenta, artères qui, avec la veine ombilicale, née du placenta, et le pédicule de la vésicule ombilicale dans la gaîne qui leur est fournie par une expansion du chorion et de l'amnios, constituent le cordon ombilical. Chez l'homme, une fois que les vaisseaux embryonnaires se sont assez développés, l'allantoïde devient inutile; aussi disparaît-elle de bonne heure, et n'en retrouve-t-on ultérieurement aucune trace.

L'ouraque (pédicule de l'allantoïde) se transforme peu à peu, dans sa partie qui communique avec le rectum, en vessie urinaire, et, jusqu'à ce que cette transformation soit complète, la vessie à l'état d'ouraque aboutit au rectum, de sorte qu'il existe chez l'homme un *cloaque transitoire* (Coste), tant que cette communication n'est pas oblitérée. Comment admettre, d'après cela, que l'allantoïde soit le réservoir de l'urine, qui s'y rendrait par l'ouraque, surtout quand on sait que les reins ne commencent à sécréter l'urine qu'après que l'allantoïde n'existe plus comme vésicule? Il paraît donc bien certain que l'urine est versée dans le cloaque; que, dès que les reins commencent à sécréter, ce liquide est d'ailleurs expulsé hors de la vessie par les voies génitales, dès que la vessie est constituée.

La *caduque*, ou l'épichorion, est le résultat d'une sécrétion de la surface interne de l'utérus; elle est épaisse dans les premiers temps, et formée de deux feuillets bien distincts, dont l'un, qui tapisse l'utérus, a reçu le nom de caduque utérine; tandis que l'autre, qui est uni au chorion (fig. 263), est appelé caduque réfléchie; un espace, qui diminue à mesure que la grossesse avance, sépare ces deux feuillets. La manière dont la membrane caduque se comporte à l'égard de l'ovule a été l'objet de vives controverses. Voici le résumé des recherches les plus récentes faites à ce sujet.

Arrivé à l'orifice utérin de la trompe, l'ovule rencontre une substance produite par une exsudation particulière qui s'est opérée dès

(De 12 à 20 jours, grandeur naturelle, d'après M. Velpeau.)

1. Caduque utérine.
2. Caduque réfléchie.
3. Chorion et ses villosités.
4. Embryon et amnios.
5. Vésicule ombilicale.

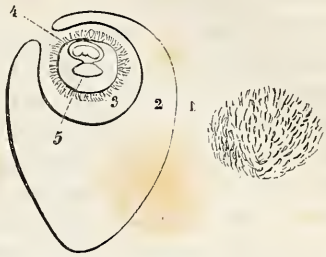


Fig. 26.—*Ovule ouvert.* Fig. 27.—*Ovule entier.*

le moment où la fécondation a eu lieu sur toute la paroi interne de l'utérus : c'est la membrane caduque, nommée encore adventive ou réticulée.

La plupart des auteurs modernes veulent que, formant une couche peu épaisse à la surface interne de l'utérus, cette membrane, ayant alors la forme d'un sac sans ouverture, soit déprimée par l'ovule (3) lorsqu'il pénètre par l'orifice de la trompe (4). L'enveloppe s'étend, se développe avec lui, en se comportant à son égard comme la plèvre à l'égard des poumons. Cette partie de la caduque, qui recouvre l'œuf en partie et lui adhère immédiatement, prend le nom de caduque réfléchie ou ovarienne (2), tandis que le reste de la membrane, qui demeure accolé à l'utérus, conserve le nom de caduque utérine (1).

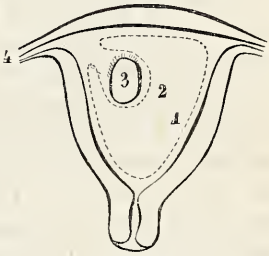


Fig. 28.

1. Caduque utérine.
2. Caduque réfléchie.
3. Ovule.
4. Orifice de la trompe qui a livré passage à l'ovule.

Selon l'opinion que nous exposons, ce refoulement par l'œuf d'une partie de la caduque laisserait le point de cet œuf opposé à celui où il touche la membrane en contact avec les parois de l'utérus dépourvu de caduque, et c'est là que les villosités du chorion, se développant avec une énergie toute particulière, formeraient le placenta, en se ramifiant à l'infini dans une exsudation de nouvelle formation qui se ferait sur ce segment de la surface utérine, afin de remplacer la caduque : c'est ce qu'on a appelé la caduque secondaire.

Suivant une autre opinion, qui semble prévaloir actuellement dans la science, et qui du reste n'est que la reproduction de celle des anciens auteurs depuis W. Hunter, les choses se passeraient un peu dif-

féremment. Ainsi la membrane caduque ne serait pas une membrane mince, offrant une certaine résistance dès le principe; mais, au moment où l'ovule descend dans l'utérus, elle aurait encore assez de fluidité pour se laisser pénétrer en partie par l'ovule, qui s'y trouverait pour ainsi dire noyé. La substance de la caduque se concréterait, s'organiserait alors autour de l'ovule et sur les parois utérines, de la même manière qu'un corps tombé dans une cavité organique s'y trouve bientôt enveloppé d'une lymphe coagulable. De cette façon, il y aurait toujours deux feuillets à la caduque, l'un utérin, l'autre ovulaire, qui environneraient l'ovule, même du côté de l'utérus par lequel il s'est immergé ; et les villosités du chorion, en se développant, traverseraient naturellement la couche de la caduque interposée entre l'ovule et l'utérus. D'après cette opinion qui est celle de M. Coste et celle de mon ami le docteur Devilliers, à quelque époque de la gestation que l'on examine l'œuf complet, il ne serait pas possible de constater positivement à sa surface extérieure cette lacune où les villosités choriales se trouveraient à nu et en contact immédiat avec la paroi utérine, si ce n'est par le fait d'un arrachement ou d'une lésion quelconque.

Quoi qu'il en soit de ces deux manières de voir, il n'en est pas moins vrai que la membrane caduque offre toujours deux feuillets, l'un utérin, l'autre ovulaire ou réfléchi, qui, dans les premières semaines, sont séparés l'un de l'autre par une cavité remplie d'un liquide séreux, désignée par G. Breschet sous le nom de cavité de l'hydropérione, et qui va se rétrécissant à mesure que les deux feuillets se rapprochent l'un de l'autre par l'accroissement de l'œuf, et qui finit même par disparaître lorsque, vers le quatrième mois, ces feuillets sont accolés et pour ainsi dire confondus. La membrane dont il s'agit surtout pendant les premiers mois de la gestation est tomenteuse à sa face externe ou utérine, lisse du côté de sa cavité, et percée d'une infinité de petits pertuis obliques, disposés assez régulièrement, et qui lui donnent une apparence réticulée. Son épaisseur est assez considérable pendant les premiers mois de la grossesse, mais commence à diminuer à partir du troisième mois, au point que, vers les deux ou trois derniers mois, elle est réduite à deux feuillets minces, que l'on peut encore distinguer l'un de l'autre. La caduque est-elle une fausse membrane, sans organisation ou anhiste, comme le veut M. Velpeau, ou bien offre-t-elle des traces d'organisation ? Le fait ne peut plus être douteux actuellement ; un assez grand nombre d'observateurs lui accordent une organisation véritable. M. Devilliers possède un certain nombre de pièces, soit normales, soit pathologiques, sur lesquelles on distingue parfaitement des vaisseaux sanguins sur

parois et dans l'épaisseur de la membrane, et des altérations de diverse nature qui ne peuvent appartenir qu'à des organes parcourus par des artères et des veines. Ces vaisseaux ne sont que des rameaux prolongés des extrémités vasculaires, qui rampent dans la muqueuse utérine, et peuvent être très-aisément distingués à l'œil nu. Mais ce n'est guère que pendant les quatre premiers mois que la vascularité de la caduque est prononcée à ce point ; plus tard elle s'efface, et finit même par disparaître complétement dans la majeure partie de la membrane, excepté au pourtour du placenta, où il est souvent possible d'en retrouver quelques traces.

Le *chorion* est l'enveloppe la plus extérieure de l'œuf; dans la première quinzaine, il est très-villeux à sa surface externe. Ces villosités semblent être spongieuses, et croissent avec beaucoup de rapidité ; plus tard, quand l'allantoïde avec les vaisseaux ombilicaux s'applique au chorion, on voit partir de cette membrane des vaisseaux qui pénètrent les villosités. Celles de ces villosités, comme je l'ai déjà dit, qui sont en rapport avec la caduque réfléchie pénètrent dans cette membrane, s'y accroissent d'abord, puis s'atrophient. Celles, au contraire, qui correspondent à l'espace libre de la caduque prennent un développement considérable et contribuent à former le placenta.

Les opinions sont très-partagées sur la nature de la composition de cette menbrane. Suivant les uns, elle serait formée par la fusion de la membrane vitelline du feuillet externe de la vésicule blastodermique (Coste), et de la vésicule allantoïde; suivant les autres, la membrane vitelline ne participerait pas à sa formation.

Dans les premiers temps de la vie embryonnaire, il existe entre le chorion et l'amnios, que je vais décrire, un espace occupé par la vésicule ombilicale, et par un liquide albumineux qui disparaît peu à peu, ainsi que la vésicule ombilicale, à mesure que la grossesse avance, à tel point qu'à terme il n'en reste aucune trace entre le chorion et l'amnios qui sont accolés.

Le chorion ne devient vasculaire qu'après le développement de l'allantoïde qui lui fournit ses vaisseaux.

L'*amnios*, membrane transparente très-mince à l'époque dont je viens de parler, est séparé du chorion par la vésicule ombilicale ; il contiënt dans sa cavité un liquide transparent qui est fourni par les vaisseaux capillaires utérins, et qui y pénètre par transsudation.

Cette membrane, la plus interne de l'œuf, est formée par le feuillet externe de la membrane blastodermique ; elle se continue au pourtour de l'ouverture ventrale, et d'abord adhérente aussi au dos du fœtus, elle s'en trouve plus tard séparée par le liquide amniotique.

La *vésicule* ombilicale, comme on a pu le voir par ce qui précède, a la forme d'un ovoïde légèrement aplati, préexistant à l'embryon, à l'abdomen duquel elle est unie. Elle a pour usage de servir à la nutrition de l'embryon dans sa première évolution. (Voyez p. 55).

Évolution de l'œuf. — Comme je l'ai déjà dit, l'ovule est saisi par la trompe, parcourt ce canal, et pénètre ainsi dans l'utérus. Pendant ce trajet, il a acquis un peu de volume, et même la surface de sa membrane externe ou chorion s'est déjà couverte de petites villosités simples, courtes et rares.

Ce n'est que du douzième jour au vingtième de la grossesse que l'embryon peut être aperçu; il a alors 4 millimètres environ d'étendue, et l'œuf a 1 centimètre. D'abord piriforme, légèrement recourbée en avant, l'extrémité supérieure du produit est libre, tandis que l'inférieure est unie aux membranes. Toutes les parties qui le constituent semblent homogènes; il est gélatineux, d'un blanc grisâtre; un filet blanc, que l'on distingue à peine, est la trace de la moelle épinière.

Son poids est de 10 à 15 centigrammes; la tête se distingue du reste du corps par une petite saillie séparée par une fente. Le cordon ombilical n'apparaît pas encore; on n'aperçoit aucun rudiment des membres, la cavité abdominale est largement ouverte.

Peu à peu on voit apparaître le corps des vertèbres disposés symétriquement sur les deux parties latérales, puis le renflement cérébral acquérir plus de volume. Les vaisseaux, partis de l'auréole vasculaire, se réunissent en un point commun, le cœur, composé d'abord d'un canal unique offrant dès l'origine des contractions manifestes, et qui se renfle et se subdivise plus tard en ses diverses cavités.

On distingue à l'embryon ainsi constitué un feuillet séreux auquel appartiennent la forme extérieure et le système nerveux; un feuillet moyen auquel appartient le système sanguin; un feuillet muqueux qui sert à former les cavités buccale, nasale, intestinale, et les organes voisins, tels que les glandes salivaires, le foie, la rate, la vessie, et même, prétend-on, les poumons.

Il existe, dans les premiers temps de la vie embryonnaire, de chaque côté du cou, quatre divisions appelées fentes branchiales, qui s'ouvrent dans le pharynx. Ces divisions sont séparées entre elles par des cloisons charnues à peu près semblables aux arcs branchiaux des poissons. En effet, l'appareil vasculaire qui s'y distribue rappelle celui des animaux vertébrés inférieurs.

L'aorte, au lieu de former une crosse recourbée, comme cela aura lieu plus tard, se divise de chaque côté du cou en trois ou quatre

(*La suite page* 60.)

Publié par J. B. Baillière, à Paris.

Sébert sc.

Explication des figures 29, 30, 31 [1].

Fig. 29. Œuf humain de 36 jours environ, grandeur naturelle.

Fig. 30. Même œuf, ouvert pour laisser voir l'embryon (A), l'amnios (B), le chorion (D,D,D), la vésicule ombilicale (C).

Fig. 31. Embryon (A) de la figure 24, grossi : les parois de la poitrine et celles de l'abdomen ont été enlevées pour laisser voir les viscères; le cordon ombilical a été ouvert aussi pour mettre en évidence les communications qui existent entre l'embryon et ses annexes.

a. Extrémité caudale ou coccyx.

b. Un des membres supérieurs.

c. Un des membres inférieurs.

d. Chorion et ses villosités.

e. Amnios ouvert pour faire voir comment cette membrane se replie sur le cordon ombilical, en lui formant une gaîne (C), qui se continue directement avec les parois abdominales de l'embryon (D).

f. Pédicule de la vésicule ombilicale.

g. Jonction de ce pédicule avec l'intestin qui fait saillie jusque dans le cordon.

h. Ouraque qui se continue avec le chorion par une de ses extrémités (*g*), et par par l'autre (*f*) communique avec le rectum.

i. Artères ombilicales.

j. Point de l'oreillette droite, d'où naît la veine ombilicale.

k. Face inférieure du foie.

l. Veine cave inférieure.

m. Veine omphalo-mésentérique.

n. Point où cette veine va se rendre dans la veine ombilicale.

o. Artère omphalo-mésentérique.

p. Cœur.

q. Crosse de l'aorte.

r. Artère pulmonaire.

s. Corps de Wolff.

t. Poumon du côté droit.

u. Mâchoire inférieure.

v. Fente branchiale qui se convertit en oreille externe.

x. Mandibule supérieure du côté droit.

y. Narine du côté droit.

z. Canal nasal s'étendant depuis l'œil jusqu'à la narine.

[1] Je dois ces figures, ainsi que le texte explicatif, à l'obligeance de M. Coste.

branches, qui, après avoir longé chacune un arc branchial, viennent se réunir en un point commun pour former l'aorte descendante. Ces divisions de l'aorte s'effacent en même temps que les fentes branchiales auxquelles elles correspondent; il n'en reste que deux à gauche, dont l'une se convertira en crosse de l'aorte, et l'autre d'abord en canal artériel, puis constituera le tronc des artères pulmonaires.

La bouche est le premier organe des sens que l'on aperçoive ; elle est quelquefois visible du douzième ou vingtième jour; souvent, à cette époque aussi, il est possible de distinguer les yeux. Il n'existe pas de cordon ombilical.

A un mois à peu près, l'embryon devient plus consistant, sa tête a beaucoup grossi relativement au reste du corps ; il est plus recourbé; il a 2 centimètres, et pèse 1 gramme environ. C'est à cette époque que les membres paraissent sous forme de boutons qui s'allongent, s'aplatissent, et s'élargissent progressivement en forme de palette. Le cordon, avant le trentième jour, n'existait pas ; le fœtus était en contact immédiat avec les membranes. Mais, à un mois , et c'est un fait que j'ai pu constater sur plusieurs œufs, le cordon est très-visible; il égale à peu près le tiers de la longueur du fœtus; il se continue avec le prolongement de la vésicule ombilicale (1), prolongement qui a de 5 à 7 millimètres, et qui se perd dans le cordon, à partir de la fin du premier mois. Une sorte de queue fait saillie derrière l'insertion du cordon ombilical, dont la base renferme l'intestin. Il est souvent possible de distinguer les ouvertures des fosses nasales. L'oreille est très-manifeste, ainsi que les yeux; mais on n'aperçoit aucune trace des organes génitaux. Il existe encore deux fentes branchiales de chaque côté, les deux supérieures, à droite et à gauche, qui commencent à se convertir en oreilles externes; une petite cicatrice indique la trace de celles qui ont disparu. La mâchoire supérieure est encore composée de deux bourgeons, un pour chaque côté. Les narines sont séparées l'une de l'autre par les bourgeons incisifs, et sont fendues isolément jusque dans la bouche. Les divisions des vertèbres commencent à paraître; le cœur est visible, sa forme se rapproche de celle de l'adulte; il n'y a encore qu'un ventricule, dans lequel l'artère aorte et l'artère pulmonaire prennent naissance; mais on aperçoit une ligne qui indique le lieu où existera la cloison qui séparera cette cavité en deux. Il y a deux oreillettes communiquant ensemble par une large

Fig. 32. — *Embryon d'un mois* (grandeur naturelle).

ouverture qui se rétrécit chaque jour, mais qui existe encore à la naissance et constitue le trou de Botal.

Les poumons sont formés par cinq ou six lobules dans lesquels M. Coste a pu très-bien voir les bronches se terminer en cul-de-sac.

Le long et de chaque côté de la colonne vertébrale on remarque les corps de Wolff, appareils glandulaires considérables, qui s'étendent depuis le poumon jusqu'au fond du bassin : ils sont constitués par un canal excréteur qui règne dans toute leur longueur, et qui vient s'aboucher au cloaque transitoire. Ce cloaque, comme on l'a vu, est le point de communication entre l'ouraque (*pédicule de l'allantoïde*) et l'extrémité du rectum. On remarque sur un des côtés de ce canal une série d'appendices agglomérés, creux, en forme de cul-de-sac, et qui sécrètent un liquide que le canal longitudinal se charge de verser dans le cloaque. Ces corps paraissent avoir pour usage de remplacer les reins; ils disparaissent aussitôt que ceux-ci peuvent fonctionner (fig. 29).

A cette époque, on trouve, en procédant de l'extérieur à l'intérieur : 1° les deux feuillets de la membrane caduque qui offrent une épaisseur assez considérable relativement au volume de l'œuf; ces feuillets sont parcourus par des vaisseaux sanguins, et séparés, dans la moitié de leur étendue, par la cavité de l'hydropérione, tandis que dans l'autre moitié ils sont confondus et traversés par les villosités choriales; 2° le chorion, membrane mince, transparente, hérissée de villosités sur toute sa surface externe, mais principalement vers un point qui occupe en général le tiers de son étendue, et où elles prennent un développement beaucoup plus grand pour former le placenta; 3° l'amnios, membrane beaucoup plus mince, plus délicate que la précédente, dont elle est séparée par une gelée jaunâtre, visqueuse (magma réticulé de Velpeau), que cet auteur a prise pour l'allantoïde; 4° entre ces deux membranes et resserrée par elles, se trouve la vésicule ombilicale, devenue petite, piriforme, blanche, jaunâtre, et dont le pédicule grêle, plus ou moins long, va gagner le cordon ombilical qu'il parcourt jusqu'à l'embryon; 5° les traces de l'allantoïde, les vaisseaux qui accompagnent son pédicule ou l'ouraque, et qui se perdent dans les villosités choriales; 6° enfin au centre de la cavité de l'œuf, et dans les eaux de l'amnios, le petit embryon appendu à son cordon ombilical encore court, gros, et offrant un ou deux étranglements.

A six semaines, les fentes branchiales ont complétement disparu; mais une petite cicatrice en marque encore la trace. Le placenta commence à paraître.

A sept semaines, l'embryon a 2 centimètres et demi de long; on

voit déjà les points d'ossification de la clavicule et de la mâchoire inférieure. Les corps de Wolff existent encore, mais les reins commencent à paraître, ainsi que les capsules surrénales. La vessie apparaît sous forme d'ampoule, qui se continue avec l'ouraque; l'intestin s'étend encore assez loin dans l'intérieur du cordon. Le canal omphalo-mésentérique s'est oblitéré et n'est plus qu'un cordon très-délié qu'on peut encore suivre jusque dans la vésicule ombilicale.

A deux mois, l'embryon a 4 centimètres ; son poids est de 12 à 20 grammes; le tronc devient autant et même plus volumineux que la tête. Deux points noirs ronds marquent la place des yeux ; la bouche se montre comme une fente transversale, au-dessus de laquelle s'élèvent deux petits points noirs qui sont les narines.

Quoique les organes génitaux soient visibles, il est cependant très-difficile de distinguer le sexe, le clitoris et le pénis ayant un développement identique. Les tubercules des membres deviennent plus saillants; la main, non encore digitée, et l'avant-bras, ont la même étendue; le bras n'apparaît pas encore.

Fig. 33.

L'épiderme peut être distingué du derme; la paroi abdominale antérieure est complète; le cordon qui s'y insère tout à fait à la partie inférieure, renflé à sa base, contient encore une grande partie de l'intestin. Il n'est pas encore tourné en spirale.

A deux mois et demi l'embryon a de 4 à 6 centimètres de long; il pèse 30 à 40 grammes, les doigts sont distincts, mais les orteils sont encore liés entre eux par une substance molle; le cordon, dont la longueur dépasse celle de l'embryon, commence à se tourner en spirale, il contient encore une partie de l'intestin.

Les paupières, devenues plus apparentes, s'abaissent au-devant de l'œil ; les lèvres commencent aussi à se développer. Les parois de la poitrine se constituent; les mouvements du cœur sont alors moins visibles.

Le placenta, dont les premiers vestiges ne se sont montrés qu'à six semaines, se concentre de plus en plus, et, à partir de cette époque, il cesse de s'accroître dans un rapport proportionnel avec le produit et l'utérus. Le liquide amniotique, jusqu'alors peu abondant, augmente sensiblement.

§ 2. — Modifications de l'utérus.

Après la fécondation, l'utérus devient le siége d'une fluxion sanguine qui accroît sensiblement son volume en épaississant ses parois; bientôt ce volume s'augmente aussi de la dilatation de la cavité de cet organe, dans laquelle se dépose une lymphe plastique destinée à former la membrane caduque. Enfin, dès que l'œuf s'est rendu dans l'utérus, il se développe de mois en mois jusqu'au terme de la grossesse. Cet accroissement du corps de l'organe n'est pas régulier : il est comparativement plus lent dans les premiers mois que dans les derniers.

Avant le troisième mois, ces modifications que le corps de l'utérus a subies ne sont guère appréciables directement qu'après la mort.

Quant aux modifications subies par le col de l'utérus, elles sont, dans la plupart des cas, inappréciables, à moins cependant qu'on n'ait constaté l'état normal du col avant la grossesse.

Ces modifications consistent seulement en un léger ramollissement du museau de tanche.

ARTICLE II

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE.

Les signes qui servent à caractériser la grossesse sont loin d'avoir tous la même valeur : leur importance varie, en général, suivant l'époque de la grossesse à laquelle on cherche à les constater. Aussi les a-t-on divisés en signes de *présomption*, en signes de *probabilité*, et en signes de *certitude*.

Mais il s'en faut que cette division puisse être rigoureuse; car, dans certaines circonstances, plusieurs signes de présomption réunis, peuvent constituer une probabilité; les signes de probabilité peuvent aussi, par la même raison, constituer une certitude, c'est ce que la suite de cet article fera mieux comprendre.

Avant le troisième mois, ni les modifications de l'utérus, ni celles qu'a subies le produit, ne peuvent être, comme je l'ai dit, facilement appréciées directement sur la femme vivante. Les réactions sympathiques que l'utérus exerce sur le reste de l'économie permettent seules d'apprécier ces modifications : aussi n'avons-nous guère alors à notre disposition que des présomptions.

Cependant quelques auteurs ont cru remarquer que le col de l'utérus devenait un peu plus aigu dès le premier mois; que son orifice devenait circulaire; que la partie inférieure de l'utérus, surtout celle

qui avoisine la vessie, devenait plus molle, plus saillante. Mais il est si commun de rencontrer ces caractères chez une femme qui n'est pas grosse, qu'à moins d'avoir constaté avant la grossesse une disposition différente chez la même femme, on ne devra pas asseoir un jugement sur des signes aussi équivoques.

§ 1. — Signes de présomption.

Parmi les signes de présomption, quelques-uns, tels que les horripilations, les coliques, les syncopes, suivent immédiatement la conception ; d'autres ne se manifestent que peu à peu, soit après, soit avant la suppression des règles et à des époques très-variables ; aussi est-il impossible de les classer comme les autres de mois en mois, suivant l'époque de leur apparition.

Dans les trois premiers mois cependant les yeux se cavent, perdent de leur vivacité, de leur brillant, et s'entourent d'un cercle violacé ; les traits se tirent, la figure pâlit et se couvre de taches roussâtres, quelquefois piquetés de blanc mat (le masque) ; le cou devient plus moelleux et se gonfle.

a. Suppression des règles. — La suppression des règles est de tous les signes de présomption celui qui a le plus de valeur. Cependant bien des circonstances étrangères à la conception peuvent déterminer ce phénomène : aussi cette suppression ne suffit-elle pas pour permettre à elle seule d'établir qu'il y a grossesse. De plus, quoique cette suppression accompagne presque toujours la grossesse, cependant on voit les règles continuer pendant les premiers mois, et quelquefois même pendant toute la durée de la gestation ; de sorte que l'on peut croire qu'il n'y a pas grossesse quand elle existe réellement. Mais la persistance des règles pendant la grossesse est une circonstance des plus rares, et si la suppression n'établit qu'une présomption en faveur de la grossesse, leur persistance donne presque la certitude que la femme chez laquelle ce phénomène existe n'est pas enceinte. M. Moreau pense que les écoulements sanguins qu'il a vus se manifester pendant la gestation n'avaient aucun des caractères du sang menstruel, et il ajoute qu'il lui a toujours été facile de les distinguer des règles véritables par la quantité trop faible ou trop grande des écoulements, par leur consistance, par leur couleur et par les époques de leur manifestation. Ces caractères sont cependant si équivoques, qu'il me semble bien difficile de distinguer d'une manière précise les règles des écoulements qui les simulent. Dans la dysménorrhée hystéralgique de M. Gendrin, accident connu sous le nom de coliques utérines, la femme éprouve des phénomènes extrêmement variés et nombreux, tels que des douleurs lom-

baires, assez vives pour déterminer des syncopes, des coliques intestinales à la région ombilicale, des phénomènes sympathiques du côté de l'estomac, des vomissements qui peuvent faire croire à une grossesse en même temps que l'abondance fait craindre une fausse couche.

Ajoutons que ce signe perd toute sa valeur chez les femmes sujettes à des irrégularités dans les époques ou qui ont cessé de voir, soit par suite de maladie ou de progrès de l'âge, soit parce qu'elles nourrissent, et enfin, surtout chez celles qui sont devenues enceintes sans jamais avoir eu leurs règles. Deventer et Baudelocque citent à ce sujet des exemples d'autant plus remarquables, que les femmes n'étaient menstruées que pendant leur grossesse.

b. Troubles des fonctions digestives. — Le goût se pervertit, les digestions sont plus laborieuses ; des nausées, des vomissements surviennent, et sont suivis d'une perte complète de l'appétit. Alors se manifestent ces goûts connus sous le nom d'*envies*, qui tantôt s'attachent à des aliments exquis ou à des boissons spiritueuses, prises en grande quantité, tantôt à des objets étrangers à la nourriture habituelle, tels que du charbon, de la terre, de la craie, des animaux immondes, etc., etc. Mais bientôt, après les premiers mois, succèdent à cette dépravation du goût un appétit franc, quelquefois vorace, et des digestions faciles d'abord, mais qui redeviennent laborieuses à la fin de la grossesse, par suite de la gêne que l'accroissement de l'utérus fait éprouver à l'estomac.

c. Troubles du système nerveux. — Les fonctions de l'intelligence sont sujettes à des modifications vraiment incroyables. De leur côté, les femmes les plus faciles à vivre deviennent souvent insociables; quelques-unes même, d'habitudes douces, se sentent portées au mal par une force invincible, et commettent quelquefois les plus grands crimes; d'autres, dont les passions n'acquièrent pas ce degré de violence, sont tristes, mélancoliques, détestent ceux qu'elles aimaient le mieux avant leur grossesse. D'autres enfin, d'un caractère difficile quand elles ne sont pas grosses, deviennent d'une douceur remarquable aussitôt que la grossesse commence.

d. Modifications survenues dans les seins. — Le gonflement des seins, leur tension, leur endolorissement, la coloration brune de l'auréole, son élévation, l'érection du mamelon, l'apparition des tubercules papillaires et la sécrétion du lait, sont des signes d'une assez grande valeur.

La tuméfaction, l'endolorissement et la tension des seins, se manifestent quelquefois cependant sans grossesse : les premières approches conjugales, la rétention des règles, l'âge de retour, une métrite

chronique, peuvent déterminer ce phénomène. Gardien a remarqué que, quand les règles persistent pendant la grossesse, cette réaction vers les reins est peu marquée.

La coloration de l'aréole et son élévation sont, suivant quelques auteurs, d'excellents signes, d'autant plus précieux qu'ils existent dès les *premiers mois*, où le diagnostic est très-obscur. La coloration dépend d'un dépôt de pigmentum dans le corps muqueux de la peau (fig. 34). Cette coloration varie du bistre clair au bistre foncé presque noir ; j'en ai dessiné à la Clinique, sur nature, qui avaient cette dernière teinte : et la coloration est d'autant plus manifeste que la grossesse est plus avancée. Hunter, qui la regardait comme probante, soutint en présence de ses élèves qu'une jeune fille, chez laquelle l'hymen existait, était cependant enceinte, parce que l'auréole des seins était colorée : l'ouverture du cadavre prouva qu'elle

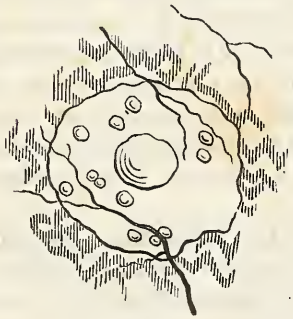


Fig. 34.

Fig. 35.

était effectivement grosse de quatre mois. L'élévation de l'auréole au-dessus du niveau de la peau du sein, et que j'ai figurée ci-dessus de profil (fig. 35), accompagne presque toujours la coloration. Il en est de même de l'érection du mamelon qui se gonfle et devient plus coloré ; mais cependant ce dernier signe ne se manifeste qu'un peu plus tard, du quatrième au cinquième mois seulement. Vers la même époque à peu près, il apparaît aussi sur l'auréole de petits tubercules papillaires plus ou moins nombreux (fig. 34), espèces de petites glandes qui ont un conduit excréteur duquel on peut faire sortir par la pression une espèce de sérosité lactescente : c'est un phénomène que j'ai eu souvent l'occasion de constater par moi-même. M. Montgomery, qui nous a donné une excellente description des signes fournis par les seins, description qu'il a accompagnée de plan-

ches d'une vérité parfaite, attribue une importance des plus grandes au développement de ces tubercules, qu'il appelle *seins surnuméraires*. Ce signe lui paraît infaillible. Cependant je dois dire que cette modification peut manquer, aussi bien que les précédentes, quand il y a grossesse, et peut aussi se développer sans grossesse, ce qui pourtant est plus rare. J'ajouterai que ces signes perdent toute leur valeur quand la femme a déjà eu des enfants, attendu qu'ils ne s'effacent pas toujours après l'accouchement et qu'ils persistent plus ou moins longtemps, surtout chez les nourrices ; si la femme redevient enceinte, comment distinguer si ces modifications dépendent de la grossesse que l'on est appelé à constater ou de la précédente ? Mais ces exceptions ne doivent pas infirmer la règle ; et chez une primipare, cette coloration de l'auréole et son élévation, l'érection et la coloration du mamelon, le développement des tubercules papillaires, ont une grande valeur ; quant à moi, j'ai été si souvent à même de constater l'excellence de ce signe jusqu'à ce jour, que, dans ce cas, chez les primipares, sur l'inspection de ces caractères seuls, je me suis prononcé pour l'affirmative.

La sécrétion du lait, comme signe de grossesse, doit aussi être prise en considération, quoiqu'elle puisse avoir une cause étrangère à la grossesse, telle que la nubilité, l'approche des règles, etc. En effet, on a vu des jeunes filles allaiter des enfants sans avoir été mères, et il faudrait se défier de ce signe en médecine légale, chez une femme nourrice, qui, cachant cette dernière circonstance, s'autoriserait de la sécrétion laiteuse pour simuler une grossesse.

La coloration de la muqueuse vaginale en violacé plus ou moins bleuâtre a paru à M. Jacquemin des plus significatives, et je partage tout à fait son opinion. Sa position, comme médecin en chef de la prison de la Force, l'a mis à même de constater que cette coloration manquait très-rarement chez les femmes enceintes.

Je ne cite, pour ainsi dire, que pour mémoire, la douleur à l'occiput, à laquelle M. Beccaria attribue tant de valeur ; l'état des urines, où Nauche croyait voir des signes certains de grossesse ; enfin, l'état du pouls. Des expériences nombreuses, faites à la Clinique d'accouchement, m'ont mis à même de constater que, dans la plupart des cas, ces caractères n'existaient pas ou étaient impossibles à saisir ; et pour l'état du pouls en particulier, j'ai pu constater seulement qu'il est plus dur et plus développé, mais je n'ai pu saisir aucune autre différence caractéristique.

Enfin, vient, en dernier lieu, le développement de l'abdomen, que l'on doit diviser en deux périodes. La première appartient aux signes de présomption ; elle n'est déterminée que par du météorisme pas-

sager, qui cesse vers le troisième mois. A cette époque, le ventre, qui s'était manifestement élevé, s'abaisse à tel point que les femmes ne croient plus être enceintes. Mais bientôt l'utérus, continuant à s'élever, pousse au-devant de lui la paroi abdominale, et le ventre recommence à se développer. Ce phénomène constitue la deuxième période, qui fournit un assez grand nombre de signes importants, lesquels doivent être rangés dans la classe des signes de probabilité ; elle en fournit aussi d'autres qui ont bien moins de valeur, qui se rencontrent même dans des cas où l'abdomen est développé par d'autres causes que la grossesse : telles sont la coloration en bistre de la ligne blanche, les vergetures de la peau de l'abdomen, et la saillie de l'ombilic dont je m'occuperai plus tard.

En résumé, ces signes de présomption, qui n'ont pas une très-grande valeur quand ils sont isolés, en acquièrent une bien plus grande par leur union, soit que plusieurs seulement, ou tous, se manifestent sur la même femme. Cette agglomération constitue alors une probabilité. Cependant il faudrait être en garde contre l'erreur que pourrait faire commettre cette manière d'envisager les choses. Ainsi les premières approches conjugales peuvent déterminer la suppression des règles, qui, dans ce cas, s'accompagne presque toujours de réactions vers les seins, d'un léger météorisme du ventre, et de quelques troubles des fonctions digestives, sans que pour cela il y ait grossesse.

§ 2. — Fin du troisième mois. — Signes de probabilité.

Je viens d'exposer, dans le chapitre précédent, comment les modifications que subit l'utérus, réagissant sur toute l'économie, se traduisent à l'extérieur par des signes qui n'ont qu'une valeur incertaine ; il me reste à exposer maintenant comment les changements notables que la grossesse détermine aussi dans l'utérus et les organes voisins, après le troisième mois, constituent des signes qui ont une grande valeur, et qu'on nomme signes de probabilité. Ces différents signes peuvent être perçus sur le corps et sur le col de l'utérus ; aussi le mode d'investigation devra-t-il varier. Pour le corps, on aura recours au palper abdominal et à l'auscultation ; pour le col, on se servira du toucher vaginal.

C'est à l'aide de ces divers moyens que je vais étudier successivement les modifications de l'utérus, à mesure qu'elles se manifestent de mois en mois ; j'aurai soin aussi de rappeler celles qui ne peuvent être appréciées qu'après la mort de la femme ou l'expulsion du produit avorté.

Ce n'est qu'à la fin du troisième mois qu'il est possible de s'assurer du développement de l'organe, mais non pas encore de la grossesse. En effet, l'utérus peut être modifié dans sa forme, dans sa consistance et dans son volume, sans contenir pour cela un produit de conception normale; car ces modifications peuvent dépendre alors ou du développement d'une môle ou d'un polype, ou de l'état pathologique de l'organe. Ce n'est donc qu'à une époque plus avancée de la gestation qu'on peut constater exactement l'existence de la grossesse.

Les modifications que la partie inférieure de l'organe a subies sont celles qui peuvent être appréciées les premières, et c'est à l'aide du toucher qu'on y parvient.

Du toucher.

Le toucher, ou l'introduction d'un ou de plusieurs doigts dans les organes génitaux, se pratique pour reconnaître l'état des parties extérieures de la génération, la conformation du bassin, les modifications du segment inférieur de l'utérus et des organes voisins, et enfin la nature des corps contenus dans la matrice.

Cette opération se pratique sur la femme debout ou couchée : elle doit être debout, si, par suite d'une lésion des organes de la respiration ou de la circulation, elle ne peut supporter la situation horizontale ; et couchée, si elle est affaiblie, menacée de perte, ou si l'utérus se trouve dans un état d'antéversion très-prononcé. En effet, dans ce dernier cas, le fond de l'organe est basculé en avant, et le col, très en arrière et très-haut, est très-difficile à atteindre ; alors on le rendra plus accessible au doigt en ramenant, par le décubitus, l'utérus à sa situation normale.

Que la femme soit debout ou couchée, il est important de mettre les muscles abdominaux dans le relâchement, en faisant fléchir les jambes et les cuisses. Dans la station, il est utile de recommander à la femme de renverser le corps en arrière, quoique cette situation, en tendant les muscles de l'abdomen, détruise en partie l'effet obtenu par la flexion des jambes ; j'ai pu me convaincre qu'en ramenant ainsi en avant le bassin de la femme à l'aide de l'autre main passée derrière les reins, on réduisait le col plus au centre, et qu'on le rendait plus facile à atteindre. C'est exactement pour obtenir le même résultat, que lorsque la femme est couchée, après lui avoir fait fléchir les membres inférieurs, on lui recommande de soulever le bassin, et qu'au besoin on la soutient dans cette posture au moyen d'un coussin ou de l'autre main passée sous les reins.

Ces précautions prises, l'indicateur, convenablement enduit d'un

corps gras, tant pour rendre son introduction plus facile que pour éviter au besoin les dangers de la contagion, est étendu et appliqué sur le périnée par son bord radial ; de là il remonte doucement vers la vulve en se traînant sur le raphé, franchit la commissure inférieure, et pénètre dans le vagin en écartant doucement les grandes lèvres et en suivant l'axe de la vulve. Chemin faisant, l'accoucheur se rendra compte de l'état du périnée et des grandes lèvres, et de la conformation de l'arcade pubienne ; il explorera le bas-fond de la vessie, les parois vaginales, le rectum ; puis, conduisant son doigt dans la direction de l'angle sacro-vertébral, il appréciera la conformation du détroit supérieur ; enfin il atteindra le col vaginal ou museau de tanche. Il en constatera la forme, la longueur absolue, la longueur relative de ses lèvres, sa direction, sa consistance, sa régularité, le degré d'ouverture de son orifice, la régularité du contour de son orifice ; enfin, le poids de l'organe entier en le soulevant légèrement ; sa hauteur, en tâchant de comprendre l'utérus entre le doigt appliqué sur le col, et la main placée sur le fond, à travers la paroi hypogastrique ; son développement ou sa vacuité en tâchant de sentir le corps de l'organe à travers le cul-de-sac du vagin fortement déprimé. C'est aussi à l'aide de ce procédé qu'il se rendra compte de l'état de la partie sus-vaginale du col ; enfin, il constatera la nature des corps que l'utérus contient par le ballottement, sensation qui ne devient manifeste qu'à une époque plus avancée de la grossesse, et dont nous n'avons pas encore à nous occuper.

Dans l'appréciation de ces caractères, il faut avoir soin de ne pas perdre de vue les modifications que des accouchements précédents font subir aux organes ; aussi devrons-nous considérer le diagnostic chez la femme qui a eu des enfants et chez celle qui est primipare.

a. Développement du produit. — A trois mois, le fœtus a de 11 à 15 centimètres de long ; son poids est de 100 à 125 grammes. Ses téguments sont encore gélatineux, mais faciles à distinguer, et d'un blanc rosé. La tête est très-grosse : les paupières et la bouche restent fermées ; le nez est très-saillant ; les doigts et les orteils sont parfaitement isolés, et recouverts à leur extrémité d'une plaque rougeâtre qui représente l'ongle ; le cerveau cesse d'être liquide : il prend une consistance caséeuse ; la moelle remplit la longueur du rachis ; la saillie coccygienne s'efface ; le foie, le plus volumineux de tous les viscères, est d'une texture molle et pulpeuse ; la vésicule du fiel est blanche, sa cavité est très-étroite ; le canal digestif, qui jusqu'alors n'avait été qu'humide, devient le siége d'une sécrétion plus abondante. Le cordon contient encore quelquefois une portion du canal intestinal, mais cela est rare. On

y remarque les vaisseaux omphalo-mésentériques qui partent de la vésicule, les deux artères et la veine ombilicale ; la vésicule ombilicale a quelquefois disparu. Enfin, la masse de liquide amniotique l'emporte sur celle du produit.

b. Situation de l'utérus. — L'utérus est contenu dans l'excavation ; son fond ne dépasse pas les pubis ; cependant, avec la main appuyée sur la paroi hypogastrique, surtout si l'on soutient le col à l'aide du doigt introduit dans le vagin, il est facile de sentir le fond de l'utérus, qui est basculé en arrière, un peu à droite, et ramolli en totalité, surtout à sa partie inférieure. Quelques auteurs ont pensé que le museau de tanche était plus long à cette époque qu'en vacuité; mais il n'en est rien. L'abaissement de la totalité de l'organe, qui est déterminé par sa lourdeur et sa mollesse, a pu faire croire à un allongement du col. En effet, si l'on circonscrit le col avec le doigt indicateur, on sent d'abord que le vagin s'est un peu raccourci ; que l'extrémité de ce doigt est arrêtée par le cul-de-sac du vagin, et qu'au-dessus de ce cul-de-sac, on sent un corps résistant, qui n'est autre que le segment inférieur de l'organe développé. De plus, si le doigt appuyé sur le col cherche à soulever l'organe, il acquiert la conscience de son poids et de son immobilité. On peut aussi mesurer son étendue approximativement en le comprenant entre le doigt qui soutient le col et la main placée à l'extérieur sur son fond.

Étendue. — Mesurée sur le cadavre, l'étendue du corps est de 8 centimètres (3 pouces) en tous sens, et en ajoutant à cette mesure 5 centimètres pour la hauteur du col (22 lignes), on aura pour diamètre vertical près de 13 centimètres (4 pouces 8 lignes) ; mais, par suite de l'affaissement de l'organe, ce diamètre n'a tout au plus que 12 centimètres (4 pouces 6 lignes).

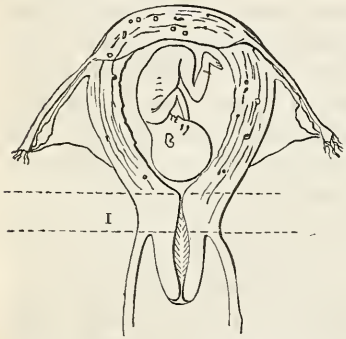
Forme. — L'utérus, qui, dans l'état de vacuité, était piriforme, aplati d'avant en arrière, s'arrondit un peu. La face antérieure, un peu plus bombée que la postérieure avant la conception, présente encore cette disposition pendant la grossesse.

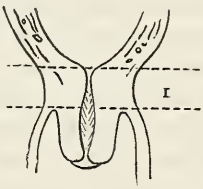
Épaisseur. — L'épaisseur de ses parois augmente un peu par suite du développement de l'appareil musculaire et vasculaire.

Les changements que le col éprouve proviennent, comme pour le corps, de l'hypertrophie de ses parois et de la dilatation de son canal. Les modifications qui résultent de cette hypertrophie, il faut bien en convenir, dans les cinq ou six premiers mois, sont peu sensibles, et assez difficiles à bien apprécier. Le col s'arrondit, s'épaissit, se ramollit, s'allonge suivant les uns, semble allongé suivant les autres, parce que le développement de l'organe le rend plus accessible en l'abaissant.

Plus tard commencent la dilatation de l'orifice et le raccourcissement du col, phénomènes qui sont intimement liés et se présentent en général vers la fin du sixième mois; mais il s'en faut qu'il y ait rien de bien certain à cet égard. Il en est de même du rapport qu'on établit généralement entre les diverses périodes du raccourcissement du col et les diverses époques de la grossesse. Quoiqu'il faille pour l'intelligence des faits représenter ce qui se passe le plus généralement, il faut bien savoir aussi que les exceptions sont presque aussi fréquentes que la règle.

Les premières modifications du corps sont, à peu de chose près, les mêmes chez une primipare et chez une femme qui a déjà eu des enfants : il n'en est pas de même des modifications que la grossesse a déterminées sur le col.





(Réduction au tiers de la grandeur naturelle.)

Fig. 36. — *Femme primipare.*

Fig. 37. — *Femme qui a eu des enfants.*

Chez une femme primipare, l'orifice transversal est devenu circulaire ; il est régulier dans son contour et ferme. Le museau de tanche est lisse, poli, ramolli; les deux lèvres sont à peu près sur le même plan, par suite du raccourcissement de la lèvre antérieure. Ce dernier signe n'a rien de bien constant. La totalité du col a à peu près 2 pouces.

Chez la femme qui a eu des enfants, l'orifice s'arrondit aussi ; mais il est irrégulier, et présente des cicatrices, surtout à gauche ; il est entr'ouvert quelquefois, et permet d'y introduire l'extrémité de la pulpe du doigt. Le col est bien plus gros que chez la première ; il est plus court, plus ramolli, moins lisse, et a un peu moins de longueur.

Cependant la femme primipare et celle qui est déjà accouchée présentent des caractères communs. Le doigt, introduit dans le vagin, trouve la partie vaginale du col abaissée, épaisse, ramollie à sa base, la partie sus-vaginale non encore modifiée.

c. Difficultés de l'appréciation de ces signes. — Certaines circonstances, telles que la douleur des parois abdominales, l'épaisseur de ces parois, la tuméfaction des grandes lèvres, ou la sensibilité de l'organe, rendent quelquefois difficile, même impossible, l'appréciation des caractères dont il vient d'être parlé.

Et de plus, si, d'après l'absence de ces signes, il est, du moins dans un grand nombre de cas, possible de nier l'existence d'une grossesse, on ne peut pas toujours, quand on les rencontre, affirmer qu'il y a grossesse ; car à cette époque de la gestation, comme je l'ai dit, on ne peut constater que le développement de l'organe. Mais ce développement dépend-il d'un produit de conception ou d'un état anormal ? C'est ce qu'il est possible de penser dans quelques cas, tandis que, dans d'autres circonstances, on restera dans une incertitude complète jusqu'à ce que de nouvelles modifications soient venues éclairer le diagnostic.

En effet, à l'approche de l'époque menstruelle chez quelques femmes, par suite de la congestion dont il est le siége, l'utérus acquiert parfois un volume qui peut faire supposer une grossesse de trois mois, et l'erreur est d'autant plus facile que, dans cette circonstance, le col est légèrement ramolli et entr'ouvert.

D'autres fois, les règles, retenues dans la cavité utérine par suite de l'occlusion de son orifice interne, distendent, en s'accumulant, les parois de l'organe, et font naître sympathiquement plusieurs des signes de présomption, tels que la tuméfaction, l'endolorissement des seins, le trouble des fonctions digestives, etc., circonstances qui viennent accroître les chances d'erreurs.

On alléguera vainement que, dans ces cas, il est facile de distinguer l'état physiologique de l'état pathologique de l'organe par la souplesse de ses parois. Cela est possible dans quelques circonstances, surtout si l'on a le soin de faire basculer le fond de l'organe en arrière, pour le rendre plus accessible au doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur du vagin, comme je suis parvenu quelquefois à le faire ; mais il faut bien convenir aussi que le diagnostic différentiel est souvent impossible à établir.

§ 3. — Fin du quatrième mois.

a. Développement du produit. — A la fin du quatrième mois, le produit, mesuré de l'occiput au coccyx, a 13 centimètres de haut ; de la tête aux pieds 16 à 20 centimètres ; il pèse 230 à 260 grammes. Sa peau a pris de la consistance, et l'on y remarque déjà de légères granulations de tissu cellulaire. Les muscles commencent

à devenir fibrineux et contractiles ; la tête se couvre d'un léger duvet, les fontanelles sont très-amples, ainsi que les sutures ; la face commence à s'allonger, le menton aussi, et la langue apparaît derrière la fente buccale ; le cordon s'insère encore de 1 centimètre et demi à environ 2 centimètres au-dessous du milieu du corps ; l'intestin grêle contient seul un méconium verdâtre, produit par le mélange de la bile et des mucosités intestinales ; l'anus s'ouvre ; le scrotum se distend ainsi que les grandes et les petites lèvres, et la moelle épinière abandonne la partie inférieure du canal rachidien.

Vers le quatrième mois, en procédant toujours de l'extérieur à l'intérieur, on trouve la caduque amincie proportionnellement au volume qu'a acquis l'œuf, et ses feuillets sont beaucoup moins vasculaires et accolés l'un à l'autre jusqu'au bord du placenta où ils se confondent. Il n'existe donc plus de cavité entre eux, et plus tard même ils semblent se réduire en deux lames minces et confondues en quelques points.

Le chorion, en se développant, est devenu plus résistant, et ses villosités, excepté au point qu'occupe le placenta, se sont écartées et atrophiées pour ainsi dire, tandis que, pour constituer le gâteau placentaire, elles ont acquis un volume considérable, et qu'au lieu de présenter des rameaux simples, elles fournissent des arborisations extrêmement nombreuses et multipliées, parcourues, dans une partie de leur étendue, par les vaisseaux du fœtus.

Quant au placenta lui-même, il forme, comme nous l'avons dit, une sorte de gâteau qui occupe à cette époque environ un tiers de la surface de l'œuf, et présente les caractères qu'il conservera jusqu'à la délivrance, si ce n'est que la portion de caduque qui recouvre sa face utérine est plus épaisse qu'elle ne le sera plus tard.

L'amnios est exactement accolé au chorion, et quand on l'en détache, on voit très-bien entre lui et le chorion les cloisons de la tunique moyenne. La vésicule ombilicale est beaucoup moins visible, le cordon ombilical a déjà une longueur double ou triple de celle du fœtus, et celui-ci est parfaitement conformé dans toutes ses parties.

b. Modifications de l'utérus. — L'utérus ne peut plus être contenu en totalité dans l'excavation ; il s'élève au-dessus du détroit supérieur, et le vagin s'allonge. C'est à cette époque que la seconde période de développement de l'abdomen commence à être manifeste, moins à la vue qu'à l'aide du palper abdominal. Les mains, appliquées sur l'abdomen, sentent, entre les pubis et l'ombilic, une tumeur sphéroïde, régulière, élastique, qui s'élève sur la ligne médiane, et donne la sensation d'une vessie presque remplie d'eau.

L'utérus s'élève un peu moins haut chez les femmes qui ont eu des enfants, parce que les parois abdominales relâchées soutiennent moins bien l'organe dans son ascension, et aussi parce que l'utérus s'affaisse un peu sur lui-même.

Étendue. — Mesuré sur le cadavre, le corps de l'utérus a, en tous sens, 10 centimètres (3 pouces 6 lignes).

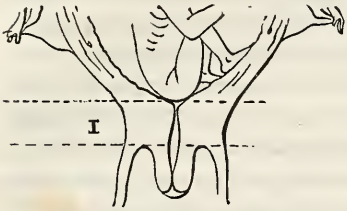


Fig. 38. — *Femme primipare.*

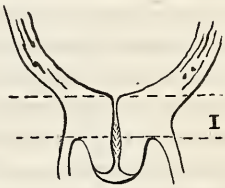


Fig. 39. — *Femme ayant eu des enfants.*

Quant aux modifications que la partie vaginale de l'organe a subies depuis la fin du troisième mois, elles ne présentent pas des différences assez grandes avec l'époque précédentes pour être facilement appréciées; ce n'est qu'à la fin du cinquième mois qu'on peut bien constater des changements notables dans cette partie de l'utérus. (Voy. *Fin du cinquième mois*, page 78.)

c. Mouvements actifs. — C'est en général à cette époque que la femme perçoit les mouvements actifs du produit. Ce n'est d'abord qu'une sensation confuse de chatouillement qui augmente peu à peu, et que l'accoucheur même peut percevoir par l'apposition de la main froide sur l'abdomen. Cette sensation de froid est probablement perçue par l'enfant à travers les parois abdominales et utérines, car on le sent, en général, se mouvoir immédiatement avec rapidité. Mais, malgré la valeur réelle de ce signe, on ne doit pas y ajouter une entière confiance ; car on a vu des femmes assurer qu'elles sentaient remuer, et se croire pour cela enceintes, tandis qu'il n'en était rien. Une femme qui est venue mourir à la clinique de la Faculté d'une tumeur de l'ovaire prise en ville pour une grossesse extra-utérine, sentait encore remuer alors qu'il était certain pour nous qu'elle n'était pas enceinte. Ce cas était d'autant plus remarquable, qu'au prétendu terme de neuf mois elle éprouva tous les signes extérieurs d'un commencement de travail, sans dilatation du col, bien entendu, et que son médecin, plusieurs fois appelé, la trouvait poussant de toutes ses forces pour accélérer l'expulsion qu'elle croyait prochaine. M. P. Dubois a souvent cité dans ses leçons l'exemple d'une femme qui se présentait dans les cours pour servir aux exercices pratiques, et qui possédait à un haut degré la

faculté de simuler les mouvements du produit, par des contractions partielles des muscles abdominaux. Je citerai moi-même des exemples semblables à l'article : *Fausse grossesse.*

On comprend, par ces exemples, que l'erreur est facile à une époque aussi peu avancée, et quelquefois même pour le médecin. Les phénomènes qui peuvent être pris pour les mouvements actifs sont la circulation des gaz dans les intestins, la contraction des intestins, circonstances si communes dans l'hystérie ; enfin, la contraction des parois abdominales, volontaire ou involontaire.

Il peut arriver aussi que la femme soit enceinte, et que ces mouvements ne soient perçus ni par elle ni par l'accoucheur. J'ai vu des femmes ne sentir remuer qu'à une époque bien plus avancée de la grossesse; quelques-unes même, ce qui est fort rare, sont accouchées d'enfants vivants, sans jamais avoir perçu cette sensation.

Enfin, ces mouvements peuvent cesser complétement après avoir été sentis, sans que l'enfant ait cessé de vivre. On attribue généralement cet accident à une pléthore locale ou générale de la mère, qui réagit sur le produit, et l'on est fondé à penser ainsi, puisque, après une légère déplétion sanguine, ces mouvements renaissent immédiatement.

d. Mouvements passifs.— On peut aussi, à la fin du quatrième mois, déterminer les mouvements passifs du produit, soit à l'aide du ballottement abdominal, soit à l'aide du toucher vaginal, et ce signe est d'une grande valeur. Pour percevoir cette sensation à l'aide du palper, il faut appliquer la main sur la tumeur formée par l'utérus, et déprimer l'abdomen par une série successive de mouvements de flexion brusques et saccadés de l'extrémité des doigts réunis. On sent alors, au milieu d'un liquide, un corps léger flottant qui fuit sous les doigts à chaque impulsion qu'on lui communique : c'est le produit qui se déplace. Il est difficile de confondre ce phénomène, quand on a eu occasion de l'apprécier plusieurs fois, avec l'impression que produiraient sous les doigts des tumeurs mobiles et anfractueuses développées dans l'abdomen.

Fig. 40.

Pour obtenir le même résultat à la partie inférieure de l'organe, sur la femme debout ou couchée, il faut placer le doigt indicateur, la face palmaire regardant en avant, sur une tumeur molle que l'on sent à la par-

tie supérieure du vagin, entre la symphyse des pubis et la lèvre antérieure, puis imprimer au doigt un mouvement de flexion assez brusque d'arrière en avant et de bas en haut, auquel ne participe pas ordinairement le poignet. Ce petit choc est communiqué au produit à travers la paroi utérine inférieure, et l'on sent qu'on déplace un petit corps mobile qui flotte au milieu d'un liquide; mais on sent bien rarement ce petit corps retomber sur le doigt. A cette époque, le produit est en effet trop léger encore pour que cette dernière sensation soit perceptible, et l'on acquiert la certitude que ce corps est revenu se placer sur la partie inférieure de l'organe, seulement parce que l'on peut le déplacer de nouveau.

Quelquefois, surtout lorsque la femme est couchée, ce mouvement du doigt seul ne suffit pas; on est obligé de l'aider d'une légère action du bras. Quelquefois aussi la sensation est plus manifeste à la partie postérieure du segment inférieur de l'organe, c'est-à-dire dans le cul-de-sac postérieur; mais cela est rare.

Enfin, malgré ces précautions, il arrivera souvent qu'à cette époque on ne pourra percevoir ce signe plusieurs fois de suite, le fœtus, après le premier déplacement, s'étant mis dans une situation telle, qu'on ne peut l'atteindre une seconde fois; quelquefois même, le ballottement ne pourra pas du tout être perçu.

e. Difficultés de l'appréciation. — Des difficultés que l'on rencontre dans la perception de ce signe peuvent dépendre de la distension extrême de l'utérus, de l'épaisseur des parois abdominales et utérines, de l'endolorissement de ces parties, ou enfin du déplacement du segment inférieur de l'utérus par des tumeurs développées au-dessous de lui. De plus, certaines présentations, telles que celles de la tête, favorisent le ballottement, et d'autres, telles que celles de l'extrémité pelvienne ou du tronc, ne permettent pas de le percevoir. En effet, comme je le dirai plus tard, la tête pousse au-devant d'elle, dans l'excavation, le segment inférieur de l'organe et le rend plus accessible au doigt, tandis que les autres parties, qui restent élevées au-dessus du détroit supérieur, ne peuvent être atteintes facilement.

De plus, diverses circonstances, une pierre contenue dans la vessie, une antéversion avec mollesse du corps de l'organe, peuvent induire en erreur en donnant la sensation du ballottement. Pour ce dernier cas, l'erreur n'est possible qu'au premier abord; car la direction du col qui, dans l'antéversion, est porté fortement en arrière, indique parfaitement que c'est le fond incliné de l'organe qui vient peser sur la paroi supérieure du vagin. J'avoue cependant que

la sensation qu'on éprouve dans ce cas est bien trompeuse, et qu'elle simule quelquefois exactement le ballottement. J'ai eu occasion de le constater quelquefois; mais toujours, en faisant coucher la femme, l'utérus reprenait sa situation normale, et ce phénomène ne pouvait plus être perçu.

Cependant, malgré ces causes d'erreur, le ballottement n'en est pas moins un signe très-probant.

Le souffle utérin, les battements du cœur, se perçoivent souvent déjà à cette époque; mais ce n'est que dans le mois suivant que ces modifications de la circulation deviennent bien manifestes.

§ 4. — Fin du cinquième mois.

a. Développement du produit. — A cinq mois, le fœtus a de 20 à 27 centimètres, il pèse 250 à 350 grammes. Les membres abdominaux, y compris les pieds, commencent à l'emporter sur les membres thoraciques. La peau prend de plus en plus de consistance; elle perd de sa transparence, et l'on y remarque, dans quelques points, des parcelles d'enduit sébacé. Les cheveux commencent à poindre, mais sont encore blancs; les ongles sont évidents; le cordon ombilical est déjà fort éloigné du pénil; les oreillettes du cœur, auparavant plus grandes que les ventricules, se réduisent aux mêmes dimensions; le foie commence à sécréter la bile. L'estomac et l'intestin grêle sont remplis de méconium rougeâtre; on ne distingue pas de pupille.

b. Modifications de l'utérus. — A la fin du cinquième mois, l'utérus a déjà acquis trop de développement pour rester contenu dans l'excavation; il s'élève de plus en plus au-dessus du détroit supérieur : aussi trouve-t-on le fond de cet organe presque au niveau de l'ombilic chez une primipare; il est de plus légèrement incliné à droite et en avant. Par suite de l'élévation de l'utérus, le vagin s'allonge; l'utérus soulève le péritoine, les replis ou ligaments de cette membrane s'effacent; les ovaires se rapprochent de la verticale, s'accolent aux parois utérines; les cordons sus-pubiens ou ligaments ronds s'allongent et commencent à présenter une organisation musculeuse.

Forme de l'utérus. — Le corps de l'organe est presque rond; l'épaisseur de ses parois est la même que dans l'état de vacuité.

Étendue. — Mesuré de l'orifice interne au sommet de l'organe, le corps a à peu près 13 centimètres et demi; et si l'on ajoute 4 centimètres pour la longueur du col, en totalité on aura, pour grand diamètre de l'utérus, 17 centimètres.

c. Modifications de la partie inférieure de l'organe. — L'utérus s'étant élevé au-dessus du détroit supérieur, le doigt devra aller chercher le col un peu plus haut qu'à l'époque précédente. De plus, le fond de l'organe étant légèrement incliné à droite et en avant, le museau de tanche sera dirigé un peu en arrière et à gauche; le col, en totalité, a encore 4 centimètres de long, et cette diminution dans sa hauteur ne s'est effectuée qu'aux dépens de la portion vaginale qui s'est notablement ramollie ; la *portion sus-vaginale*, au contraire, n'a encore rien perdu de son étendue, circonstance qu'il est quelquefois possible d'apprécier à cette époque à l'aide du doigt introduit dans le cul-de-sac du vagin.

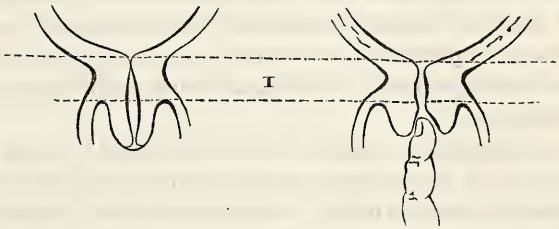


Fig. 41. — *Femme primipare.* Fig. 42. — *Femme ayant eu des enfants.*

Chez les primipares, la partie vaginale a conservé une certaine régularité dans sa forme; seulement, elle est plus ramollie ; les deux lèvres sont à peu près au même niveau, mais l'orifice est encore fermé.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, le col est bien plus mou ; il a bien moins de longueur; l'orifice externe irrégulier commence à s'entr'ouvrir, et permet l'introduction de la moitié de la première phalange au moins.

d. Mouvements passifs et actifs. — Le ballottement abdominal et vaginal devient plus manifeste ; les mouvements actifs sont aussi bien mieux perçus.

e. Auscultation. — A cette époque, les signes fournis par la circulation utérine et fœtale sont facilement perçus par l'oreille.

Ce fut M. Mayor qui, en 1818, appliqua le premier l'auscultation à la grossesse. Après lui, Kergaradec [1] dit qu'on perçoit chez la femme enceinte deux bruits différents, dont l'un, constitué par une série de pulsations redoublées, est déterminé par la circulation fœtale ; tandis que l'autre, semblable au bruit d'un soufflet, paraît être le résultat de la circulation placentaire.

f. Du bruit de souffle. — Le bruit de souffle intermittent, que l'on

[1] *Mémoire sur l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse.* Paris. 1822.

compare généralement au bruit qui se produit dans les carotides, chez les chlorotiques, est isochrone au pouls de la mère : suivant la cause qui lui paraît déterminer ce bruit, chaque auteur lui a donné une dénomination différente.

Ainsi, on l'a appelé souffle placentaire, parce qu'on attribuait sa production exclusivement à la circulation du placenta ; or, s'il en était ainsi, on devrait entendre chez la même femme le souffle dans le même point pendant toute la durée de la grossesse, tandis que rien n'est moins fixe que le siége de ce bruit, comme je vais avoir occasion de le dire ; de plus, on l'entend avec le même caractère dans les cas où l'utérus est développé par un produit anormal, ou dans le développement considérable des ovaires ; enfin, dans les cas où le placenta n'existe pas, et souvent même après l'accouchement, lorsque le placenta a été extrait, ce bruit se manifeste encore. Ces raisons suffisent évidemment pour établir qu'il n'est pas dû au placenta.

M. Bouillaud, qui l'a nommé souffle abdominal [1], pense qu'il est déterminé par la compression des gros vaisseaux placés en arrière de l'abdomen et sur ses côtés, l'aorte et les artères iliaques.

M. P. Dubois, au contraire, qui le regarde comme le résultat de la circulation utérine, lui donne le nom de souffle utérin, et voici comment il motive son opinion, en l'appuyant sur un fait anatomique qu'il m'a mis à même de constater aussi. En effet, il est facile de se convaincre qu'il existe dans l'appareil vasculaire utérin, modifié par la grossesse, des communications des plus faciles entre les artères et les veines, à tel point que les parois utérines semblent être transformées en un tissu érectile : le sang, sortant alors avec rapidité des orifices artériels, rencontre dans les veines, qui sont d'un calibre plus considérable, une colonne de sang qui chemine moins rapidement, et de ce passage résulterait le bruit de souffle : ce bruit serait d'autant plus fort, qu'on auscultera dans un point plus rapproché du placenta, où la circulation utérine est nécessairement plus active.

Cette opinion me semble la plus probable. C'est certainement dans les parois de l'organe que se passe ce souffle ; mais ne serait-il pas possible de concilier, en partie du moins, la théorie de M. Bouillaud, à laquelle j'attache une très-grande importance, avec l'opinion de M. P. Dubois ? J'avoue que je ne crois pas la chose impossible, et cette manière d'envisager la question m'a permis de m'expliquer plusieurs circonstances que je vais énumérer.

[1] *Traité clinique des maladies du cœur*, 2e édition. Paris, 1841, t. I, p. 274.

Sur un grand nombre d'expériences que j'ai faites à la Clinique, soit seul, soit aidé de mon ami le docteur Devilliers, j'ai pu constater ceci : 1° ce bruit ne s'entend pas chez toutes les femmes; 2° après avoir constaté son existence une première, une deuxième fois, on est quelquefois dans l'impossibilité de le retrouver, quel que soit le point du ventre où l'on applique le stéthoscope; puis, au moment où l'on y compte le moins, on le sent naître sous l'oreille, s'accroître d'une manière remarquable, puis s'éloigner rapidement, souvent en changeant de place. Dans ce cas, j'ai souvent remarqué que ce fait coïncidait avec un mouvement brusque du produit, circonstance que je vais indiquer tout à l'heure. De plus, rien n'est plus variable que son siége : il peut être entendu sur toute la périphérie de l'organe, et à la fois, avec la même intensité, dans les points les plus opposés.

Enfin, les points où je l'ai entendu le plus souvent correspondent aux parties du bassin sur lesquelles repose l'utérus, vers les deux fosses iliaques, quand la femme est debout; un peu plus bas, dans les flancs, quand elle est couchée.

Ne pourrait-on pas présumer, de l'ensemble de ces faits, que ce bruit se passe dans les parois utérines, comme le veut M. Dubois, car il n'a pas de siége fixe ; et il devrait s'entendre toujours dans le même lieu, si, comme le pense M. Bouillaud, il était dû à la compression des vaisseaux étrangers à l'utérus? Ne devrait-on pas penser aussi que la compression est bien certainement la cause déterminante de ce bruit, mais qu'elle s'exerce sur les parois utérines et non sur les gros vaisseaux voisins de l'organe, soit que l'organe lui-même soit comprimé sur les parties qui le soutiennent, ce qui expliquerait, sans admettre la compression des artères iliaques, pourquoi on l'entend dans les fosses iliaques quand la femme est debout, et plus en haut et en arrière quand elle est couchée, soit que ses parois fussent comprimées entre les parties fœtales et la paroi abdominale? Cette compression est augmentée par le stéthoscope, et cette dernière circonstance expliquerait très-bien comment, en vertu d'un mouvement brusque du produit, déplacé par l'instrument, ce bruit vient à cesser, pour se manifester de nouveau dans un point tout opposé.

Enfin, il serait possible qu'il dépendît de la circulation utérine, et de la circulation des artères voisines de l'organe réunies. Les dissemblances notables qui existent dans son rhythme, suivant le lieu où on le perçoit, viendraient à l'appui de cette dernière opinion. J'ai constaté souvent avec mon ami le docteur Devilliers, et j'ai fait entendre aussi souvent à mes élèves, un petit bruit particu-

lier qui accompagne le souffle à son expiration : il est aigu et ressemble assez à ce petit cri qui suit le roucoulement d'une tourterelle. J'ignore tout à fait par quoi une semblable modification peut être produite ; au reste, je n'ai pas la prétention d'y attacher autrement d'importance.

Le souffle utérin ne peut servir à préciser le lieu d'insertion du placenta, par la raison que j'ai donnée plus haut, *son peu de fixité*, car on l'entend souvent avec la même intensité dans des points différents.

En résumé, le bruit du souffle n'a qu'une valeur pratique secondaire, car il ne s'entend pas toujours ; et, quand on le perçoit, il peut être déterminé par le développement de l'utérus, dû à une tumeur fibreuse ou à une môle, etc. ; il peut aussi s'entendre dans les cas de tumeurs ovariques qui simulent la grossesse.

d. Bruit du cœur. — Signe de certitude. — Il n'en est pas de même des battements du cœur du fœtus : c'est le seul signe de certitude absolue qui nous permette de constater l'existence de la grossesse, et je n'en fais la description au milieu des signes de probabilité que pour ne pas intervertir l'ordre suivant lequel les signes qui servent à caractériser la grossesse se manifestent. Quelquefois une oreille très-exercée pourra, comme je l'ai déjà dit, percevoir ces battements dès le quatrième mois, mais le plus ordinairement ce ne sera qu'à la fin du cinquième, souvent même entre le cinquième et le sixième mois, qu'on les entendra distinctement.

Ils ne sont pas isochrones aux battements du pouls de la mère, et leur nombre par minute est de cent trente à cent quarante; de plus, ils ne sont pas réguliers, et deviennent très-précipités ou très-lents sans qu'on puisse connaître la cause de ces modifications.

Ils s'entendent ordinairement dans des espaces circonscrits, mais aussi ils peuvent être perçus sur presque tout le ventre ; et dans ce cas, ils n'ont pas partout la même intensité ; j'insisterai plus tard sur cette circonstance. De plus, avant le septième mois, le point où on les entend le mieux n'est pas fixe ; car, avant cette époque, le fœtus peut exécuter des mouvements de totalité, qui changent brusquement les rapports de contiguïté qui existent entre le point de l'abdomen où l'on ausculte et la région précordiale postérieure du fœtus où ces bruits s'entendent le mieux.

Ce n'est donc qu'après le septième mois que le fœtus, par ses dimensions, a acquis en général assez de fixité pour que le siége de ce bruit ne soit plus si variable, et cette circonstance nous permettra, comme je le dirai tout à l'heure, de spécifier quelquefois à une époque avancée quelle est la partie de l'enfant qui se présente à

l'orifice utérin (présentation), et quels sont les rapports de cette partie avec celle de la mère (position).

Si l'on perçoit ces battements mieux sur le point de l'abdomen, avec lequel la région dorsale du fœtus est en rapport, cela dépend de l'attitude du fœtus dans le sein de sa mère; l'incurvation du tronc sur la partie antérieure, la flexion des membres et de la tête masquent la région précordiale antérieure, qui se trouve située au fond du sillon qui sépare l'extrémité inférieure du produit de son extrémité supérieure; le stéthoscope ne peut alors s'appliquer immédiatement sur cette région précordiale, tandis que, par suite de cette attitude même, la région précordiale postérieure est en rapport exact avec les parois abdominales, et la transmission du son est bien plus directe.

Fig. 43.

Avant le septième mois, on entend ces battements le plus ordinairement au milieu de l'espace compris entre les pubis et l'ombilic, et surtout à gauche. Quant à leur intensité, elle est d'autant plus grande qu'on se rapproche plus du terme de la grossesse.

Ces battements, au dire de quelques auteurs, ne peuvent pas toujours être perçus. M. P. Dubois, cependant, sur cent quatre-vingt-quinze femmes, les aurait entendus cent quatre-vingt-cinq fois, et dix fois seulement ils ne se seraient pas manifestés. Certainement, on doit regarder comme assuré que, dans ces cas, l'enfant avait cessé de vivre; et je n'hésite pas à affirmer, en me fondant sur un très-grand nombre d'observations faites à la Clinique et dans ma salle de cours, que toutes les fois que l'enfant est vivant on doit entendre les pulsations du cœur. Au reste, je les ai très-souvent entendues à partir du cinquième mois, et constamment après le sixième mois, pas toujours, il est vrai, avec la même facilité; car on conçoit que la position du produit, l'interposition d'anses intestinales entre l'utérus et la paroi abdominale, le mouvement fibrillaire des muscles de cette paroi, les borborygmes, puissent en rendre l'audition moins facile.

Les pulsations ou doubles battements se composent de deux temps, le premier plus faible, le second plus fort et plus éclatant, à tel point que ce dernier prend quelquefois un éclat métallique,

circonstance que M. P. Dubois a signalée le premier, et que j'ai eu l'occasion d'observer souvent.

Les battements servent aussi à diagnostiquer l'état actuel du produit, soit qu'il s'agisse de s'assurer que cet état est satisfaisant, soit qu'on ait des doutes sur son existence. Dans ce dernier cas, si les battements cessent de se faire entendre, ou bien s'il est impossible de les percevoir, quand tous les autres signes se réunissent pour établir la réalité de la grossesse, la mort de l'enfant n'est pas douteuse, comme je l'ai dit plus haut. Mais ce n'est pas le lieu de s'occuper de ces appréciations : elles recevront une bien plus utile application aux articles : *Mort du produit pendant la grossesse* et *Compression du cordon.*

Que l'on recherche le souffle utérin ou les battements du cœur, la femme doit être couchée. Cette précaution est indispensable dans les premiers mois ; elle est utile seulement à une époque plus avancée. Le lit sur lequel elle repose ne doit pas être trop bas ; car, lorsque l'accoucheur est obligé de rester longtemps courbé, l'oreille devient le siége d'une congestion qui détermine un bourdonnement, et l'audition devient bientôt impossible. Il n'est pas nécessaire de découvrir l'abdomen ; mais il faut qu'il ne soit revêtu que d'une seule épaisseur de linge. L'oreille devra presque toujours être armée du stéthoscope sans son embout, aussi bien pour éviter à la femme le désagrément d'un contact trop immédiat, que parce que, à l'aide de l'instrument, il sera plus facile de limiter le son, et d'arriver plus exactement sur le point où il se produit avec plus d'intensité, en déprimant plus ou moins la paroi abdominale. Avec le stéthoscope, on peut aussi plus facilement distinguer le souffle et les battements du cœur des bruits étrangers produits par les borborygmes, la contraction intestinale et fibrillaire, et l'on évite le froissement de l'oreille sur le linge, froissement qui se produit à chaque inspiration, et qui rend les sensations plus confuses.

§ 5. — Fin du sixième mois.

a. Développement du produit. — A six mois, époque de la viabilité légale, le fœtus a de 22 à 25 centimètres, son poids est d'un demi-kilogramme environ ; sa peau se couvre de duvet très-apparent et de plaques blanches de mucus sébacé. Les cheveux se colorent en brun, les paupières sont devenues opaques, la membrane pupillaire existe toujours. M. Velpeau admet au contraire que la pupille est très-dilatée. La peau est ridée, le scrotum est vide ; le gros intestin présente des bosselures et est rempli d'un méconium brunâtre.

b. Modifications de l'utérus. — Situation. — A la fin du sixième mois, le fond de l'utérus dépasse un peu l'ombilic chez une primipare; il n'est guère qu'à la région ombilicale chez une femme qui a déjà eu des enfants, soit par suite de l'affaissement qu'il éprouve sur lui-même, soit parce que les parois abdominales relâchées lui permettent de s'incliner davantage en avant. En outre, chez l'une et chez l'autre, il s'incline un peu plus à droite et en avant qu'au cinquième mois, le vagin s'est encore allongé; la vessie commence à s'élever au-dessus du détroit supérieur.

Forme. — Le corps de la matrice devient de plus en plus sphérique, et représente assez exactement un ballon dont on se sert en chimie, et dont le goulot serait formé par le col; l'épaisseur des parois est un peu moindre qu'en vacuité.

Étendue. — Mesure de l'orifice interne au sommet de l'organe, le corps de la matrice a à peu près 16 centimètres; le col entier a 3 centimètres à 3 centimètres et demi : longueur totale de l'utérus, 19 centimètres et demi.

c. Modifications de la partie inférieure de l'utérus. — La partie vaginale continue à se ramollir, et par conséquent à diminuer de hauteur; l'orifice s'entr'ouvre aussi de plus en plus.

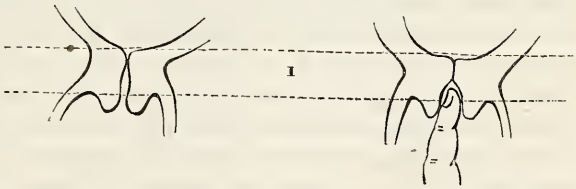


Fig. 44. — *Femme primipare.* Fig. 45. — *Femme qui a eu des enfants.*

La première phalange peut quelquefois y pénétrer chez les primipares, ce qui est rare cependant.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, le doigt pénètre jusqu'à la moitié du col; il peut même quelquefois arriver jusqu'à l'orifice interne, mais il ne peut le franchir.

d. Mouvements actifs et passifs. — Les mouvements actifs sont des plus manifestes; le ballottement abdominal et vaginal se perçoit avec la plus grande facilité, et, à cette époque, le fœtus a acquis assez de poids et a conservé assez de mobilité pour qu'on le sente quelquefois retomber sur le doigt qui l'a chassé du segment inférieur de l'utérus.

e. Auscultation. — Le souffle utérin et surtout les battements du cœur s'entendent de mieux en mieux.

§ 6. — **Fin du septième mois.**

a. Développement du produit. — A sept mois, le fœtus a de 32 à 36 centimètres de longueur; la peau cesse d'être aussi rouge; le tissu cellulaire se garnit de graisse; les ongles sont larges; toutes les parties du corps prennent plus de consistance et sont mieux proportionnées entre elles. L'iris se forme; il constitue d'abord, suivant M. Velpeau, un simple anneau, qui s'accroît d'une manière concentrique, pour ne plus laisser à la fin que l'ouverture appelée pruncile. D'autres auteurs pensent que l'iris se forme par la rupture de la membrane pupillaire. *L'ombilic est encore au-dessous de la partie moyenne du fœtus;* les testicules abandonnent la région rénale pour se rapprocher de l'anneau inguinal.

b. Modifications de l'utérus. — *Situation.* A cette époque, le fond de l'organe s'élève entre l'ombilic et la région épigastrique, et son inclinaison à droite, jusque-là peu sensible, devient très-manifeste. On s'est demandé souvent à quoi devait être attribuée cette inclinaison si fréquente à droite, si rare à gauche. Désormeaux avait pensé qu'elle était déterminée par la réplétion de la portion iliaque du côlon, la constipation étant un phénomène qui accompagne presque toujours la grossesse. M. P. Dubois combat cette proposition, se fondant sur ce que le cœcum à droite, et qui peut également se laisser distendre, compense l'influence du côlon, qui est à gauche. D'autres auteurs ont invoqué l'habitude de se servir du bras droit : cette explication me paraît sans valeur. Enfin on a invoqué encore le décubitus sur le côté droit : cette habitude, si elle était générale, expliquerait bien cette inclinaison; mais on constate cette obliquité droite tout aussi bien chez les femmes qui se couchent à gauche que chez celles qui se couchent de préférence à droite.

Suivant l'opinion de madame Boivin, ce serait le ligament rond droit, qui, plus fort que celui du côté gauche, attirerait le fond de l'utérus à droite; il serait possible de lui objecter qu'elle a pris la cause pour l'effet, et que, si le ligament rond du côté droit acquiert plus de force, c'est parce qu'il a un poids plus considérable à supporter. En un mot, la cause de cette inclinaison est encore inconnue.

A mesure que l'organe s'élève et bouche de plus en plus hermétiquement le détroit supérieur, la vessie est refoulée au-dessus de ce détroit, et le canal de l'urètre tuméfié se place derrière la sym-

physe des pubis, disposition qui explique très-bien comment le cathétérisme, dans quelques cas, ne peut se pratiquer qu'à l'aide d'une sonde flexible et assez longue, et non pas avec la sonde de femme ordinaire. Je dois également mentionner ici certains changements qui n'ont pu être constatés que par les ouvertures : ainsi, quand la mort survient à cette époque, on trouve le péritoine refoulé en haut, ses replis ou ligaments postérieurs ou antérieurs complétement effacés ; les ligaments larges encore manifestes, mais accolés, ainsi que les trompes et les ovaires, sur les deux côtés de l'utérus.

Forme. — Le corps de la matrice perd de sa forme sphérique, il redevient ovoïde, plus large à sa partie supérieure; ses parois sont moins épaisses qu'à terme.

Étendue. — De l'orifice interne au fond de l'organe, l'étendue est de 27 centimètres chez une primipare ; et, si l'on ajoute 3 centimètres à 3 centimètres et demi pour le col entier, la hauteur totale de l'organe sera de 30 centimètres.

c. Modifications du col. — Le col est fortement porté en arrière et à gauche; il est quelquefois déjà difficile à atteindre, il n'a plus en totalité que 3 centimètres et demi de long (12 à 15 lignes); cette diminution ne s'est effectuée qu'aux dépens de la partie vaginale seulement, laquelle est devenue plus grosse.

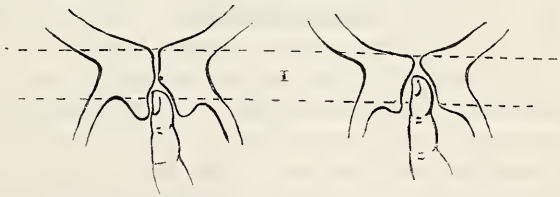


Fig. 46. — *Femme primipare.* Fig. 47. — *Femme qui a eu des enfants.*

Chez les primipares, la partie vaginale n'a que quelques lignes; l'orifice vaginal permet quelquefois au doigt de pénétrer jusqu'à la moitié du col.

La partie vaginale est même déjà presque complétement effacée; le doigt arrive souvent jusqu'à l'orifice interne, dans lequel il peut s'engager, si la femme a eu beaucoup d'enfants.

d. Mouvements actifs et passifs. — Les mouvements de l'enfant, bien plus énergiques, déterminent quelquefois une sensation douloureuse. Ils sont manifestes à la vue, le ballottement est aussi très-facile à percevoir.

e. Auscultation. — Les signes fournis par la circulation utérine et fœtale sont perçus avec une grande facilité.

§ 7. — Fin du huitième mois.

a. Développement du produit. — A la fin du huitième mois, le fœtus a de 40 à 45 centimètres de long; il pèse 2 kilogrammes à 2 kilogrammes et demi ; sa peau, couverte de duvet, est plus épaisse, moins lisse ; les plaques d'enduit sébacé y sont plus nombreuses et plus épaisses ; la mâchoire inférieure, d'abord très-courte, est à cette époque presque aussi longue que la supérieure. Les ongles offrent une assez grande consistance; les testicules traversent l'anneau pour parvenir dans le scrotum : le plus ordinairement celui du côté gauche est déjà descendu dans le scrotum.

b. Modifications de l'utérus. — *Situation.* Le fond de l'organe est dans la région épigastrique fortement incliné à droite et en avant.

Forme de l'utérus. — Sa forme est à peu près celle qu'il avait au septième mois, et celle qu'il conservera jusqu'à terme.

Étendue. — La longueur totale de l'utérus varie de 32 centimètres à 37 centimètres, le col en totalité étant compris dans cette mesure pour 2 centimètres et demi; mesuré dans son fond, le corps de l'utérus a transversalement 20 centimètres antéro-postérieurement, 23 centimètres.

1. Partie sus-vaginale.

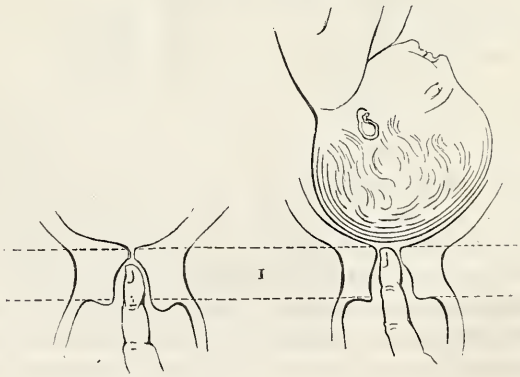


Fig. 48. Fig. 49.

c. Modifications du col. — J'ai établi que, jusqu'à présent, la partie vaginale seule du col s'était modifiée de mois en mois, et dans sa consistance et dans sa forme, et par suite dans son étendue. On l'a vue successivement, à chaque époque, perdre quelques lignes de sa hau-

teur, tandis que la portion sus-vaginale du col est restée intacte; à la fin du huitième mois, le col vaginal est donc presque complétement effacé; cependant, chez les primipares, les lèvres conservent encore quelques lignes. Il est dirigé très-en arrière et à gauche; cette circonstance le rend très-difficile à atteindre, et cette difficulté dépend bien plutôt de l'antéversion du corps, qui porte le col très en arrière, que de la hauteur du col; de plus, chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, l'orifice vaginal est si mou, si diffluent, qu'il se confond avec les parois du vagin, et qu'on ne peut acquérir la certitude que l'on a rencontré le col que parce que le doigt pénètre dans un orifice largement ouvert, en avant duquel on sent un petit tubercule, qui n'est autre que le rudiment de la lèvre antérieure. Cet orifice a la forme d'un infundibulum, dans lequel le doigt pénètre profondément pour franchir l'orifice interne, plus ou moins entr'ouvert.

Chez les primipares, le col, moins mou, moins ouvert, permet seulement au doigt d'arriver jusqu'à l'orifice interne, qui est fermé.

Mais, pour la partie sus-vaginale, que la femme soit primipare ou ait eu déjà des enfants, ce n'est qu'à partir de cette époque, et souvent même au huitième mois et demi, qu'elle commence seulement à se modifier. On pensait autrefois que cette partie fournissait à l'ampliation de la partie inférieure de l'organe dès le sixième ou septième mois. M. Stolz, le premier, a démontré qu'il n'en était rien; il a également avancé que, même à terme, cette partie n'est pas toujours effacée. M. P. Dubois partage exactement cette opinion, et j'ai eu, pour ma part, l'occasion, chez des femmes mortes enceintes au huitième mois, de constater l'intégrité de la partie sus-vaginale. C'est un fait dont chacun peut au reste se convaincre chaque jour en pratiquant le toucher. L'étendue que le doigt est obligé de parcourir, après qu'il a franchi l'orifice externe, pour arriver à l'orifice interne, donne exactement la mesure de la partie sus-vaginale, qui seule est restée intacte, la partie vaginale étant complétement effacée.

D'ailleurs cette partie se modifie-t-elle, comme on le pensait autrefois, par un évasement de la partie supérieure de ce col sus-vaginal; ou par suite de l'aplatissement de cette partie, aplatissement à l'aide duquel les deux orifices, le supérieur et l'inférieur, se rapprocheraient petit à petit, jusqu'à ce qu'ils ne forment plus qu'un seul et même orifice.

C'est seulement à cette époque que peuvent être bien étudiés certains signes de présomption, les vergetures de la peau de l'abdomen, la saillie de l'ombilic, et la coloration bistre de la ligne blanche; mais on conçoit que ces signes, qui, à une époque moins avancée, n'au-

raient déjà que peu de valeur, n'en ont plus aucune au huitième mois, où l'on en possède de bien plus précieux.

d. Les *vergetures,* espèces de séparations losangiques dans le corps muqueux de la peau, apparaissent à travers l'épiderme avec une couleur bleuâtre ; elles sont plus abondantes chez les primipares, et chez les femmes qui ont les parois abdominales peu extensibles ; elles s'étendent quelquefois jusqu'à la partie supérieure des cuisses, quelquefois aussi elles manquent tout à fait quand il y a grossesse, et peuvent se manifester dans des cas où l'abdomen est distendu par toute autre cause qu'un produit de conception. Il en est de même de la *saillie de l'ombilic*, et de la *coloration de la ligne blanche :* ce dernier signe semble cependant se manifester de préférence, dans les cas où l'abdomen est développé par une grossesse.

e. Mouvements actifs et passifs. — Les mouvements actifs sont de plus en plus énergiques ; ils peuvent, à cette époque où le produit commence à être fixe, servir à déterminer quelles pourront être la présentation et la position au moment du travail. Ainsi, dans la présentation du sommet, la femme perçoit en bas une pression lourde, jointe à des mouvements lents et pour ainsi dire exécutés par frottement, qui sont déterminés par la tête ; elle sent aussi au sommet de l'organe de petits coups déterminés par les extrémités abdominales. Le contraire existe dans la présentation inverse. Maintenant les petits coups sont-ils sentis à gauche, le dos doit être à droite ; sont-ils sentis à droite, le dos doit être à gauche.

f. Mouvements passifs. — Le ballottement abdominal se perçoit aussi facilement qu'à la fin du septième mois ; il n'en est pas de même du ballottement vaginal. Cette sensation commence à devenir plus obscure ; le doigt, appliqué sur le segment inférieur de l'utérus, sent bien qu'il soulève un corps lourd qui repose sur ce segment, mais il sent aussi que ce corps ne quitte plus ce segment.

En effet, le développement du fœtus se fait, dans les derniers temps de la grossesse, dans une proportion bien plus grande que le développement de l'organe destiné à le contenir ; il ne tarde pas à s'y trouver à l'étroit, et par conséquent il est moins facile à déplacer.

g. Auscultation. — *Diagnostic des présentations et des positions.* — Le souffle continue à être très-bien perçu ; il en est de même des battements du cœur du fœtus, lesquels, à cause de la fixité plus grande dans la situation du produit, à cette époque, peuvent permettre de diagnostiquer d'avance dans quelle présentation et dans quelle position le fœtus se présentera probablement au moment de l'accouchement. Bien avant ce temps, il est vrai, on peut préciser assez exactement ce diagnostic, mais sans qu'il puisse rien faire préjuger pour

l'avenir ; car l'enfant, beaucoup trop mobile, peut changer bien des fois de situation jusqu'à terme. Ce n'est donc guère que du huitième au neuvième mois qu'il est possible d'annoncer à l'avance dans quelle présentation et dans quelle position se trouvera le produit aux premières douleurs, et même il faut avouer qu'à cette époque le produit est encore quelquefois assez mobile pour pouvoir changer de présentation, c'est-à-dire présenter les pieds au lieu de la tête, et *vice versâ*. Cela s'observe surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants ; chez elles, en effet, l'utérus est tellement extensible que le produit peut mettre son plus grand diamètre, qui a 30 centimètres, en rapport avec le diamètre transverse de l'organe, qui n'en a que 24. Que cette dépressibilité des parois utérines existe ou non, le fœtus peut aussi changer de position en exécutant un mouvement de rotation sur son axe, mouvement qui ramène, dans la présentation du sommet, par exemple, l'occiput à droite quand il était primitivement à gauche, et *vice versâ*.

On sait que Kergaradec et Mayor, de Lausanne, furent les premiers qui appliquèrent l'immortelle découverte de Laënnec à l'art des accouchements. Ils s'attachèrent à reconnaître la grossesse par l'audition du souffle utérin et des battements du cœur du fœtus ; ils constataient non-seulement l'existence de l'enfant, mais encore son état de santé. On comprend toute l'importance pratique de ces applications.

Hohl, en 1833, eut l'idée d'appliquer l'auscultation au diagnostic des présentations et des positions du fœtus, depuis le sixième ou le septième mois jusqu'au terme de la grossesse, et pendant le travail. Le chapitre intéressant où il traite ce sujet, et qui fait partie d'un volume de 400 pages sur l'*auscultation obstétricale* en général [1], est peu connu de la majorité des accoucheurs français. Je crois donc faire une chose utile en plaçant ici une partie importante de ce chapitre, que M. Auguste Belin a bien voulu traduire mot à mot, afin de n'altérer en rien le texte allemand. Cette traduction a été faite sur un exemplaire que nous devons à l'obligeance de M. Jacquemier. Voici comment s'exprime Hohl (pages 236 à 241) :

« Chap. IV. — *Auscultation appliquée au diagnostic des présenta-*
« *tions et des positions du fœtus.* — Quiconque a acquis un peu d'habi-
« tude de l'*auscultation* des femmes enceintes, reconnaîtra facile-
« ment la région d'où partent les bruits du cœur du fœtus, et par
« conséquent où se trouvent le thorax et le cœur de l'enfant.

« Cette région se trouve, comme nous l'avons déjà fait observer,
« *soit à droite, soit à gauche, tantôt plus haut, tantôt plus bas.*

[1] Halle, 1833.

« Le plus souvent, c'est du côté gauche, rarement du côté droit, « que les bruits du cœur s'entendent; ordinairement, on les entend « dans la région hypogastrique, rarement dans l'épigastre.

« L'audition plus fréquente des bruits du cœur du côté gauche est « en rapport avec la plus grande fréquence *de la première position du « sommet;* c'est par la même raison, c'est-à-dire la plus grande *fré- « quence de la présentation de la tête*, que l'on entend les mêmes « bruits plus *fréquemment en bas qu'en haut*.....

« Chaque observateur peut vérifier la vérité de cette assertion par « ses propres recherches, qui le conduiront aux conclusions sui- « vantes :

« 1° Que lorsque le *dos* repose sur la paroi utérine, c'est dans ce « point même qu'on entend les bruits du cœur, pendant la grossesse « et pendant l'accouchement;

« 2° Que lorsque le summum d'intensité des battements du cœur « s'entend du côté gauche et en bas, soit pendant la grossesse, soit « pendant l'accouchement, l'enfant sera expulsé *en première position « du sommet;*

« 3° Que lorsque les bruits du cœur sont entendus à droite pen- « dant la grossesse ou l'accouchement, l'enfant est placé dans la « *troisième ou dans la deuxième position du sommet;*

« 4° Qu'il y a des exceptions à cette règle;

« 5° Que dans les *présentations du siége*, d'une part les bruits car- « diaques sont perçus *plus haut;* d'autre part, ils sont entendus plus « longtemps pendant l'accouchement, etc..... »

Comme on le voit, tout ce qu'il y a de neuf et de vrai dans ces recherches avait été trouvé par Hohl. Après cet observateur, M. Kilian (de Bonn), donna, en 1834, le résultat de ses intéressants travaux sur le même sujet. En 1835, M. Velpeau développa assez longuement les idées de Hohl. En 1836, M. Colombe fit ses premières recherches à la Clinique. Dans la même année, M. Paul Dubois signala ses observations. En 1837, Michaélides fit de même, et notre honorable collègue, M. Jacquemier, dans son travail très-remarquable sur l'auscultation obstétricale, nous fit connaître ses études diagnostiques au moyen du stéthoscope. L'année suivante, Stoltz [1], Nægelé fils, Carrière, d'Azerailles, traitèrent longuement cette question. Cette première série de travaux fut terminée, en 1839, par les observations de Hope. Cette même année parut une thèse sur ce sujet [2]. Enfin, en 1842, je présentai à la Société de médecine de Paris, avec mon

[1] *Dictionnaire des études médicales pratiques.*

[2] Dans cette thèse, qui, par les procédés en usage dans une certaine école, grossie

confrère et ami, M. Devilliers fils, que je m'étais adjoint pour ces recherches, le résultat des observations que j'avais faites à la Clinique d'accouchement et dans mes cours.

J'ai établi plus haut que les battements du cœur du fœtus s'entendent le mieux vers le point de l'abdomen auquel correspond la région précordiale postérieure du fœtus. Cela admis, il sera facile à une oreille exercée, une fois que le point où les battements s'entendent le mieux sera bien déterminé, de reconnaître de quel côté répond le dos, s'il est à gauche ou à droite, en avant ou en arrière, c'est-à-dire quelle est la position, et enfin à quelle hauteur de l'abdomen répond la région précordiale, circonstance qui sert à établir la présentation. Pour rechercher la présentation, il faut tracer une ligne qui divisera transversalement l'abdomen en deux parties égales : toutes les fois alors que le *summum* (I) d'intensité des battements du cœur s'entendra au-dessous de cette ligne avec la résonnance qui appartient à ces battements à leur point de départ, il sera permis de diagnostiquer une présentation du sommet (fig. 50) ; et quand ce *summum* (I) sera entendu au-dessus de cette ligne, on pourra penser que l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne (fig. 51). Il m'est arrivé souvent de distinguer, à l'aide de ce moyen, les présentations de l'extrémité pelvienne de celles de la tête. Maintenant est-il possible de diagnostiquer avec autant de certitude une présentation du tronc? J'avoue que je ne le crois pas. Dans quelques cas de présentation du tronc, dont je n'ai pu constater l'existence qu'après l'accouchement, j'ai été conduit, par les résultats que m'a fournis l'auscultation, à diagnostiquer pendant la gros-

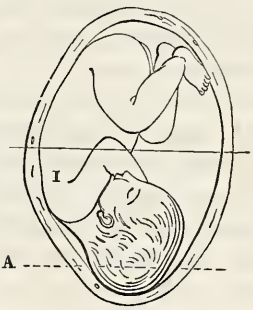


Fig. 50.

A. Niveau du détroit.

Fig. 51.

A. Détroit supérieur.

avec de minutieux, d'inutiles et souvent d'inexacts détails, devint en 1847 un mémoire de 400 pages, toutes les recherches si remarquables de Hohl ne sont signalées que pour mémoire en sept lignes, p. 14 ; et cependant ce qu'on vient de lire de la traduction de Hohl se trouve en partie dans le courant de cette thèse, sans autre citation.

Hohl, assurément, aurait lieu d'être flatté de se voir reproduit presque *textuellement* dans une thèse qui parut plus de six ans après, si le médecin, auteur de cette thèse, n'était parvenu, en oubliant de rappeler tous les emprunts qu'il faisait à Hohl, à dissimuler l'origine de la plus grande partie de ses idées et à laisser croire au lecteur qu'elles lui étaient propres. Cette façon de procéder, que je me contente-

sesse une présentation du sommet; car le summum d'intensité des battements (I) s'entendait au-dessous de la ligne transversale soit à gauche ou à droite et en avant juste dans le point où les battements s'entendent dans la figure 50, et cette présentation du sommet n'existait pas.

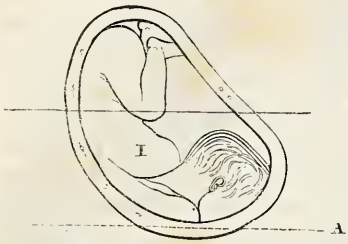


Fig. 52.
A. Détroit supérieur.

Si, dans une autre circonstance, je suis tombé juste, je crois que cela tient plutôt aux signes que m'ont fournis le palper abdominal et la forme de l'utérus, qu'à ceux que l'auscultation m'a mis à même de percevoir.

Ainsi pour la présentation de l'épaule, vous arrivez auprès d'une femme en travail depuis longtemps, plusieurs personnes entourent la patiente avec un air de mystère qui trahit quelque chose d'anormal; on vous invite à diagnostiquer et quelquefois vous tombez juste.

Maintenant, quoiqu'il soit très-souvent possible de diagnostiquer les présentations, il faut se tenir en garde contre quelques circonstances qui peuvent induire en erreur.

Ainsi, chez quelques femmes, la tête peut rester élevée au détroit supérieur, soit parce que le segment inférieur de l'organe ne s'est pas laissé repousser au-dessous de ce détroit, soit parce que le bassin est rétréci, ou la tête volumineuse; alors les battements du cœur s'entendront avec le plus d'énergie au-dessus de la ligne transversale (fig. 53), et l'on sera conduit à diagnostiquer une présentation de l'extrémité pelvienne, tandis que c'est le sommet qui se présente. J'ai commis plus d'une erreur de ce genre, que le toucher m'a permis de rectifier avant le travail. De même l'extrémité pelvienne, dans la présentation des fesses, peut être profondément engagée (fig. 54), ce qui est plus rare que pour la tête, et cette présentation peut être

rai d'appeler antiscientifique, serait probablement passée inaperçue si cet auteur ne s'était avisé de se plaindre qu'on eût *osé* s'occuper d'auscultation obstétricale sans le citer. Je ne signale cette circonstance que parce qu'il est des hommes que le silence enhardit, et qui, prenant pour de la faiblesse une indifférence qui a sa source dans un autre sentiment, croient pouvoir fouler aux pieds toutes les habitudes scientifiques. Il est bon de leur rappeler qu'on ne sert ni la science ni sa propre réputation, en sacrifiant la vérité des faits à des sentiments personnels que je ne veux pas qualifier. Pour que le lecteur puisse apprécier la justice de cette réclamation, je le renvoie au mémoire de Hohl, édition de Halle, 1833, traduit et publié par M. Auguste Belin (*Union médicale*, 19 juillet 1851), et à la thèse, Paris, 1839 (19 décembre). En comparant cette thèse et l'ouvrage publié d'abord par Hohl, il sera facile de s'édifier sur l'esprit qui a présidé à la composition de cette thèse et de son amplification.

prise pour une présentation de la tête, parce que le summum (I) s'entend au-dessous de la ligne.

Fig. 53.

A. Détroit supérieur.

Fig. 54.

A. Détroit supérieur.

Quant à la position, je regarde comme très-certain que, dans l'immense majorité des cas, on pourra savoir si le dos est à gauche ou à droite; j'ai été souvent moins heureux quand j'ai voulu distinguer une position postérieure gauche ou droite d'une antérieure gauche ou droite, et je crois que tous les observateurs *de bonne foi* arriveront au même résultat que moi.

Pour la différence à établir entre les positions antérieures et les postérieures du même côté, il en est de même que pour les présentations, nous sommes prévenus, malgré nous, par des circonstances étrangères à l'auscultation. Ainsi, nous savons tous que la position gauche antérieure est la plus fréquente, soit pour le sommet, soit pour l'extrémité pelvienne ; que la droite postérieure vient ensuite en fréquence. Dès lors, si le summum d'intensité des battements du cœur du fœtus est entendu à gauche, guidé par ses connaissances acquises, dont il ne peut se débarrasser, quelque bonne foi qu'on lui suppose, l'observateur inclinera pour une antérieure ; et si c'est à droite, il peut affirmer soixante-quinze fois sur cent que c'est une droite postérieure.

Pour que les résultats fournis par le stéthoscope seul pussent être sans réplique, il faudrait qu'ils fussent obtenus par un observateur exercé à l'auscultation, mais qui ignorât complétement le plus ou moins de fréquence de telle ou telle présentation, de telle ou telle position.

Nous ne sommes pas les seuls, M. Devilliers et moi, qui pensions ainsi à Paris. M. Paul Dubois, M. Velpeau, M. Jacquemier, M. Cazeaux, M. Danyau, M. A. Belin, enfin tous les observateurs qui ont écrit sur l'auscultation obstétricale depuis Hohl, à l'exception d'un seul, sont unanimes sur ce point. Voici, entre autres, ce que dit M. Danyau

dans le rapport fait à la Société de médecine de Paris, sur le mémoire que j'y ai présenté sur ce sujet, en collaboration avec M. Devilliers fils :

Chez vingt-deux femmes, sur près de mille, l'auscultation, réduite à ses seules indications, nous donnait à penser que l'extrémité pelvienne se présentait, bien que chez quelques-unes on pût s'assurer, par d'autres moyens, que l'extrémité céphalique était en bas, et que chez toutes, au moment de l'accouchement, le fœtus se soit présenté par le sommet..... Quant aux positions, continue M. Danyau, *les résultats obtenus par MM. Chailly et Devilliers fils démontrent, comme les nôtres, qu'il est possible de confondre une dorso-antérieure avec une dorso-postérieure, et réciproquement.*

En résumé, si l'auscultation obstétricale présente de grands avantages et une grande certitude quand il s'agit de diagnostiquer la grossesse, l'existence du produit et son état de santé, il n'en est pas entièrement de même pour le diagnostic des présentations et des positions du fœtus. Ces dernières investigations ont bien moins d'importance au point de vue pratique, et cela surtout à cause de l'incertitude des signes fournis par le stéthoscope seul; et s'il est possible, le plus souvent, de différencier une présentation de la tête d'une présentation de l'extrémité pelvienne par l'auscultation seule, on ne peut point distinguer aussi facilement une présentation de l'épaule. Enfin, s'il est possible toujours de reconnaître une position gauche d'une droite, soit dans la présentation de la tête, soit dans celle de l'extrémité pelvienne, il est impossible, dans la majorité des cas, de diagnostiquer une position antérieure d'une position postérieure du même côté.

Quoi qu'il en soit, l'auscultation n'en est pas moins, dans ces circonstances, un moyen précieux à joindre à ceux qui peuvent éclairer le diagnostic; car ce qui importe, surtout dans les cas où il faut agir et où les autres signes ne peuvent éclairer sur la position du produit, c'est de savoir de quel côté répond le dos de l'enfant : or il est facile, comme je viens de l'établir, d'obtenir ce résultat; et alors, que ce soit l'extrémité pelvienne ou la tête qui se présente, s'il faut extraire l'enfant à l'aide de la main, la main introduite devra être celle dont la paume répond à la partie antérieure du produit.

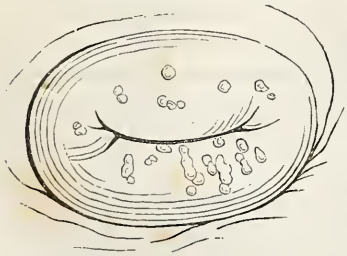


Fig. 55.

Il est quelquefois possible de constater aussi la présence de deux

enfants; mais il m'a paru toujours extrêmement difficile de pouvoir diagnostiquer leur présentation et leur position. (Voyez plus loin *Grossesse composée.*)

h. Modifications des parties voisines. — A cette époque, le diaphragme, fortement refoulé en haut par l'utérus et la masse intestinale, gêne la respiration. Par son poids, l'utérus gêne aussi la circulation veineuse et détermine l'œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs. La constipation naît également à cette époque. Enfin, le vagin sécrète des mucosités abondantes et l'on sent quelquefois sur le col et sur la muqueuse vaginale de petites granulations, développement anormal de follicules muqueuses (fig. 55) (Montgomery).

La vessie est refoulée en haut de plus en plus; le canal de l'urètre, tuméfié, fait saillie à la partie supérieure du vagin. Cette pression qu'éprouvent le col et le corps de la vessie détermine un sentiment de ténesme et un besoin fréquent et illusoire de rendre les urines.

§ 8. — Fin du neuvième mois.

a. Modifications de l'utérus. — *Situation.* — Parvenu au terme de son développement, l'utérus ne s'est pas élevé depuis la fin du huitième mois; quelquefois même il s'est abaissé, surtout dans les présentations du sommet, car cette partie, en repoussant au-devant d'elle le segment inférieur de l'organe, s'engage plus ou moins dans le détroit supérieur, et permet à l'utérus de s'abaisser.

Cette circonstance raccourcit un peu le vagin; quant aux autres rapports de l'utérus, ils sont les mêmes qu'à huit mois. Il répond, en bas, à l'angle sacro-vertébral; en haut, à la paroi abdominale antérieure, au mésentère, au paquet intestinal; en avant, à la paroi abdominale antérieure, au corps et au col de la vessie; à gauche, aux vaisseaux iliaques, au muscle psoas, à l'S iliaque du côlon; à droite, aux vaisseaux iliaques, au muscle psoas, au cœcum, et à la paroi abdominale. Il est, en outre, plus ou moins incliné à droite et en avant.

Forme. — Sa forme est la même qu'au septième et au huitième mois.

Étendue. — L'étendue est la même qu'à huit mois : diamètre longitudinal, de 32 à 37 centimètres; diamètre transverse, 24 centimètres; antéro-postérieur, 23 centimètres.

Épaisseur. — L'épaisseur des parois de l'utérus est moindre à terme qu'en vacuité, surtout à la partie inférieure, excepté au point d'insertion du placenta, où elle est aussi considérable; mais cet amincissement peut être partiel et d'autant plus prononcé, que la femme a eu plus d'enfants. J'ai vu à la Clinique beaucoup de femmes

chez lesquelles cette disposition, qui se joignait à une très-grande souplesse des parois abdominales, amincies, était si manifeste, qu'il était facile, à l'aide du palper, de diagnostiquer tous les rapports du produit avec l'utérus, et que le fœtus, qui jouissait d'une mobilité extrême, se dessinait pour ainsi dire à travers les parois de l'abdomen. Mais je n'ai jamais rencontré cet amincissement et cette mobilité si prononcés que chez trois femmes dont je rapporterai l'observation à l'article *Présentation de l'épaule*, *Version à travers les parois abdominales*.

Poids. Le poids de l'utérus vide, au terme de la gestation, est de 1 kilogramme.

b. Modifications du col.

1. Partie sus-vaginale.

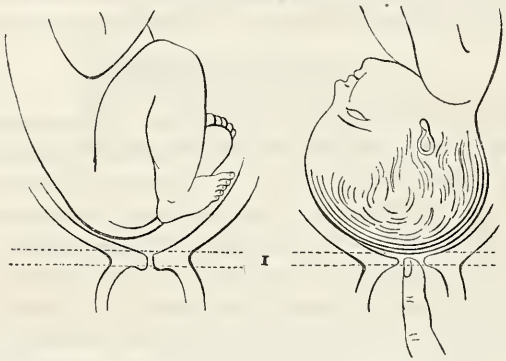


Fig. 56. — *Femme primipare.* Fig. 57. — *Femme qui a eu des enfants.*

Chez les primipares, la partie sus-vaginale conserve encore quelques lignes de hauteur, qui ne s'effacent qu'aux premières douleurs de l'accouchement. La partie vaginale est seule complétement effacée, et une petite épaisseur des tissus sépare les deux orifices; l'externe seul est ouvert, mais le doigt ne peut franchir l'orifice interne.

Le col est presque complétement effacé chez les femmes qui ont eu des enfants; l'orifice interne et l'orifice externe, confondus et entr'ouverts, permettent au doigt de sentir, à travers les membranes, la partie de l'enfant qui se présente.

Chez l'une et chez l'autre, l'orifice vaginal est diffluent, et dirigé fortement à gauche et en arrière, ce qui le rend très-difficile à atteindre et à distinguer, malgré le raccourcissement du vagin.

Dans ces derniers temps, M. Filugelli a cité quelques cas où le col avait conservé toute son étendue normale à terme, et il s'est appuyé sur ces faits pour établir qu'il en était toujours ainsi ; que le col, en un mot, ne se modifie pas de mois en mois jusqu'à terme; que cette modification est brusque, et n'a lieu qu'au moment où la dilatation de l'orifice commence à s'effectuer. Cette opinion, vraie jusqu'à un certain point pour la partie sus-vaginale, est tout à fait en contradiction avec ce que j'ai observé quant à la partie vaginale du col, qui, bien certainement, se ramollit de plus en plus depuis le commencement de la grossesse jusqu'à terme, et par conséquent diminue de hauteur par le fait de ce ramollissement. C'est du moins à ce résultat que m'a conduit l'expérience de chaque jour.

c. Mouvements actifs et passifs. — Les mouvements actifs ont perdu un peu de leur énergie depuis la fin du huitième mois ; car le fœtus ayant continué à se développer, l'utérus ne s'étant pas accru dans ses dimensions, le produit ne peut se mouvoir avec la même facilité, et alors le ballottement, ou la perception des mouvements actifs et passifs, est encore plus obscur qu'à huit mois.

Mon ami le docteur Crouzet m'a communiqué un fait assez remarquable. Une jeune fille de quinze ans, enceinte de neuf mois, n'avait pas encore senti les mouvements actifs. — Une petite saignée les fit naître immédiatement.

d. Auscultation. — Elle ne fournit rien qui ne puisse être perçu aussi facilement à huit mois.

Le développement qu'a acquis l'appareil vasculaire de l'utérus détermine dans tout l'organe et dans les annexes une augmentation de chaleur, qui est bien manifeste dans le vagin. Cet accroissement de la circulation fournit de plus à ce canal les matériaux d'une sécrétion muqueuse abondante, qui a souvent été prise à tort pour un symptôme d'affection de nature douteuse, et que M. Ricord a décrite sous le nom de vaginite granuleuse.

Mais il ne faut pas attribuer à la même cause les varices du vagin et des grandes lèvres ; car la gêne seule que le poids de l'utérus fait éprouver à la circulation veineuse détermine ces affections.

e. Modifications dans les parties voisines. — A cette époque, la constipation est très-opiniâtre, et le ténesme vésical très-prononcé, quoique cependant on ait remarqué que la vessie, plus comprimée à sa partie supérieure, venait faire saillie dans le haut du vagin. J'ai pu constater la vérité de ce fait, que M. Velpeau a eu souvent l'occasion de noter aussi. Le diaphragme est un peu moins refoulé en haut, et la respiration devient quelquefois un peu plus facile.

RÉSUMÉ SYNOPTIQUE DES SIGNES

A L'AIDE DESQUELS

ON PEUT CONSTATER L'ÉPOQUE A LAQUELLE LA GROSSESSE EST PARVENUE.

FIN DU 3e MOIS.

- Le fond de l'utérus ne dépasse pas le pubis.
- Le col en totalité est long de 5 centimètres ; il a moins d'étendue chez une femme qui a eu des enfants. — On entend quelquefois le souffle utérin (rare).
  - La partie sus-vaginale n'a pas encore subi de modifications.
  - La partie vaginale
    - chez une femme primipare — est devenue plus grosse ; s'est légèrement ramollie ; son orifice est fermé et arrondi.
    - chez une femme qui a eu des enfants — est molle ; son orifice, inégal, frangé, est légèrement entr'ouvert.

FIN DU 4e MOIS.

- Le fond est entre le pubis et l'ombilic.
- Le souffle utérin et les battements du cœur se perçoivent quelquefois à cette époque (rare), ainsi que les mouvements actifs et passifs.

FIN DU 5e MOIS.

- Le fond est très-près de l'ombilic.
- Le col est long de 4 centimètres ; il a moins d'étendue chez les femmes qui ont eu des enfants. — On perçoit les mouvements actifs et passifs, le souffle et les battements du cœur.
  - La partie sus-vaginale est encore intacte.
  - La partie vaginale
    - chez la femme primipare — s'élève, se porte en arrière, un peu à gauche, se ramollit de plus en plus ; l'orifice s'entr'ouvre.
    - chez la femme qui a eu des enfants — présente les mêmes modifications ; mais elle est cependant plus molle, et permet d'introduire la première phalange.

FIN DU 6e MOIS.	Le fond dépasse l'ombilic. On perçoit toujours les battements du cœur et les mouvements actifs, ordinairement le souffle et les mouvements passifs.	La partie sus-vaginale est encore intacte.	
		La partie vaginale	chez la femme primipare — se ramollit de plus en plus ; l'orifice, dirigé plus à gauche, est assez ouvert quelquefois pour permettre l'introduction de la première phalange. chez la femme qui a eu des enfants — présente les mêmes modifications ; mais le doigt peut quelquefois arriver jusqu'à l'orifice interne, qu'il ne peut franchir.
FIN DU 7e MOIS.	Le fond est situé entre l'ombilic et la région épigastrique. Le col est long de 3 centim. à 3 centim. 1/2 : moins étendu chez les femmes qui ont eu des enfants. Le souffle, les battements du cœur, les mouvements actifs et passifs sont très-manifestes.	La partie sus-vaginale est encore intacte.	
		La partie vaginale	chez une primipare — très-ramollie, conserve encore quelques lignes ; l'orifice, entr'ouvert, permet d'arriver à la moitié du col. chez une femme qui a eu des enfants — effacée ; orifice largement ouvert ; le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne, dans lequel il peut s'engager si la femme a eu beaucoup d'enfants.
FIN DU 8e MOIS.	Le fond est dans la région épigastrique. Le col n'a plus que 2 cent. 1/2 ; moins étendu chez celles qui ont eu des enfants.	La partie sus-vaginale commence à diminuer de hauteur.	
		La partie vaginale	chez une primipare — est très-difficile à atteindre, presque effacée ; le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne, qu'il ne peut franchir. chez une femme qui a eu des enfants — est aussi très-difficile à atteindre, souvent tout à fait effacée ; le doigt sent quelquefois l'enfant à travers les deux orifices.
FIN DU 9e MOIS.	Le fond est dans la région épigastrique. Le col n'a plus que quelques lignes ; il est quelquefois complétement effacé chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants.	La partie sus-vaginale	chez une primipare — conserve encore quelques lignes, qui ne s'effacent qu'aux premières douleurs de l'accouchement, quelquefois elle est tout à fait effacée : l'orifice est fermé. chez une femme qui a eu des enfants — est complétement effacée ; l'orifice interne, ouvert, permet de sentir toujours la partie de l'enfant qui se présente.
		La partie vaginale n'existe plus ordinairement.	

§ 9. — De l'œuf humain à terme.

On donne le nom d'œuf, dans l'espèce humaine, à une espèce de vésicule membraneuse qui se compose du produit de la conception, de plusieurs feuillets membraneux qui l'enveloppent, ou organes de protection, et d'organes de communication, le cordon ombilical et le placenta.

1. Enveloppe de l'œuf.

Les organes de protection sont formés de trois membranes parfaitement distinctes : la caduque, le chorion et l'amnios.

a. La *caduque*, ou membrane externe de l'œuf, au terme de la grossesse, appartient plutôt à l'utérus qu'à l'œuf. Elle est de couleur gris rougeâtre ; elle recouvre l'œuf dans toute son étendue, excepté dans le point où l'œuf, à mesure qu'il s'est accru, l'a forcée à se replier sur elle-même. Dans ce lieu, l'œuf est en contact immédiat avec les parois utérines, suivant les uns ; il en est séparé, suivant les autres, par une nouvelle exsudation, la caduque secondaire. Cette membrane est composée de deux feuillets, dont l'extérieur a reçu, comme nous l'avons dit, le nom de caduque externe ou utérine ; dont l'intérieur, ou la partie refoulée par l'ovule, a pris celui de caduque interne, réfléchie, ou *épichorion*. Elle se comporte, par rapport à l'ovule, comme la plèvre par rapport aux poumons.

Ces deux feuillets à terme sont confondus, et constituent une seule et même membrane, qui a une assez grande épaisseur, environ 3 millimètres. L'exhalation légère d'un fluide séreux qui remplissait sa cavité, et que G. Breschet désigne sous le nom d'hydropérion, a donc disparu complétement.

La caduque, semblable aux fausses membranes qui se forment sur les tissus enflammés, est entièrement distincte de la muqueuse utérine, à laquelle, dans les premiers temps, elle adhère intimement, et dont elle se laisse plus facilement détacher à terme. Cependant, à cette époque, de petits lambeaux restent encore quelquefois adhérents à l'utérus.

M. Coste, et avant lui Weber, prétendit que la caduque n'existe pas comme membrane, qu'elle n'est autre chose que la couche la plus interne de l'utérus, ou la muqueuse qui s'est ramollie, et dont l'appareil vasculaire a reçu un développement considérable. Je ne vois rien de convaincant dans les preuves que ces auteurs s'efforcent de faire valoir à l'appui de leur opinion. De ce qu'une tranche de matrice couverte par la caduque, examinée à la loupe et au soleil, présente de longs utricules minces et cylindriques, qui se rétrécis-

sent un peu en arrivant à la surface de cette membrane, et ont plus d'épaisseur dans l'endroit où elle tient à l'utérus, et commencent là par des culs-de-sac très-flexueux, etc. (Weber), doit-on conclure que cette membrane n'existe pas comme membrane distincte? En outre, si elle était constituée par la muqueuse utérine, cet organe se dépouillerait donc d'une partie de cette membrane au moment de la délivrance, et de la totalité dans les cas d'avortement. Il est possible que cela soit; mais cela n'est pas probable.

En outre, comment expliquer, d'après cette opinion, l'existence des deux feuillets de la caduque, la continuité bien évidente de ces deux feuillets? Pour mon compte, je n'ai rien observé jusqu'à présent qui pût me faire admettre cette manière de voir: aussi je regarde la caduque comme une membrane particulière de nouvelle formation, et non comme la muqueuse utérine elle-même.

L'organisation de la caduque paraît en tout semblable aux fausses membranes. M. Velpeau lui refuse une organisation, et l'appelle pour cela membrane anhiste [1]. D'autres anatomistes prétendent y avoir rencontré des vaisseaux. Je sais qu'en plaçant cette membrane sur une lame de verre, et qu'en la regardant au travers du jour, on y aperçoit des espèces d'arborisations; j'ai pu même, avant son desséchement, y faire circuler, avec l'ongle, du sang qui me paraissait y être contenu. Mais je ne puis cependant affirmer que ce sang ne soit pas arrivé dans cette membrane par imbibition, et qu'il soit bien contenu dans des vaisseaux propres.

La surface de la caduque est inégale, poreuse. Elle se rencontre toujours dans la grossesse; ses fonctions sont de fixer l'œuf sur un point de la cavité utérine, et de l'empêcher d'être entraîné au dehors, de le protéger contre la pression que les parois de l'utérus pourraient exercer sur lui; elle a aussi pour usage de faciliter les communications entre l'ovule et l'utérus; enfin, suivant la plupart des auteurs, le liquide contenu dans sa cavité servirait à la nutrition du produit dans les premiers jours de la vie embryonnaire.

b. Chorion. — Le chorion ou enveloppe moyenne de l'œuf est une membrane mince, transparente, et dont la texture ressemble beaucoup à celle des membranes fibreuses. Maintes fois j'ai été à même de constater sa résistance, beaucoup plus grande que celle de l'amnios, qui cependant est parfois plus épaisse qu'elle. Elle offre sous la section du scalpel le cri ou craquement que produit une membrane fibreuse.

Après le développement de l'allantoïde, un des deux feuillets, l'in-

[1] *Embryologie,* ou *Ovologie humaine.* Paris, 1833, in-fol., p. 7.

terne, qui compose alors le chorion, et qu'on nomme l'endochorion, est seul vasculaire. Mais, malgré tout ce qu'ont pu dire certains anatomistes, aucun n'a réussi à démontrer à terme l'existence de vaisseaux, non plus que celle de nerfs.

A partir du placenta, le chorion fournit aux vaisseaux ombilicaux une espèce de gaîne qui les accompagne dans toute leur étendue. Il forme avec le derme du fœtus une ligne de démarcation qui indique le point où le cordon doit se séparer de l'enfant après la naissance.

Les fonctions du chorion sont de protéger l'embryon, et de concourir à la formation du placenta et à l'exhalation des fluides renfermés dans l'œuf.

Le chorion, suivant l'opinion la plus probable, reste toujours la membrane propre de l'œuf la plus extérieure, depuis le moment où celui-ci est fécondé, et il se développe, comme les autres membranes, par un accroissement en surface et en épaisseur, une nutrition véritable. Simple dans l'origine, il présente, à l'endroit où le placenta se forme, plusieurs couches nommées endochorion et exochorion, qu'il est possible de reconnaître et d'isoler. Sans villosités dans l'origine, j'ai dit qu'elles se développaient une fois que l'œu est arrivé dans la cavité utérine, et que, simples alors, elles offraient plus tard des ramifications assez nombreuses, surtout vers le point où doit être le gâteau placentaire. En général, ces villosités se terminent à leur extrémité fine et déliée par une sorte d'ampoule très-distincte.

Le chorion est en rapport, par sa face externe, avec la caduque réfléchie, et, par l'interne, avec l'amnios.

c. L'amnios, ou membrane interne de l'œuf, sert d'enveloppe immédiate au cordon ombilical, au fœtus, et au liquide dans lequel il se développe.

Elle est de la nature des membranes séreuses. Son mode de formation a donné lieu à de longues et savantes discussions; cependant on est loin de savoir à quoi s'en tenir à son égard. Les uns veulent, avec Pockels, que l'amnios se présente dans l'origine sous forme d'une vésicule à laquelle l'embryon serait adossé, et dont il s'enveloppe rait en la déprimant.

Selon l'opinion des anciens, l'amnios se continue avec la peau du fœtus. Cette opinion, qui avait été abandonnée depuis longtemps, a été reproduite, il y a une vingtaine d'années, par un professeur italien, M. Mondini, de Bologne, et, dans ces derniers temps, G. Breschet a posé en fait que l'amnios, sans se continuer avec l'épiderme, fournit au fœtus une enveloppe dont la séparation s'effectue par la

desquamation qui s'observe chez l'enfant dans les premiers jours de sa vie.

Entre le chorion et l'amnios existe, dans les premiers temps de la grossesse, une substance jaune verdâtre, semi-liquide, sorte de gelée visqueuse qui diminue de quantité à mesure que les deux membranes se rapprochent plus exactement l'une de l'autre. Cette substance, appelée magma réticulé par M. Velpeau, et qui, en effet, présente dans sa texture une foule de filaments, est réduite alors à une sorte de membrane composée de cloisons délicates semblables à celles de l'humeur vitrée, et prend, selon quelques auteurs, le nom de membrane moyenne. Ce sont ces cloisons qui avaient été prises jadis par Lauth pour des vaisseaux. Rien de cela n'existe à terme.

C'est encore entre ces deux membranes, et fortement enchâssées dans l'une ou dans l'autre, qu'existait la vésicule ombilicale.

Au terme de la grossesse, l'amnios présente une face interne, lisse et polie; séparée du fœtus par le liquide amniotique, sa face externe est en rapport avec le chorion, auquel elle adhère d'une manière assez intime près de l'insertion du placenta et dans toute l'étendue du trajet du cordon ombilical; mais, dans le reste de son étendue, cette adhérence est infiniment moindre, et elle cède facilement; souvent même, au terme de la grossesse, il s'amasse entre les deux membranes une certaine quantité de liquide que les accoucheurs désignent sous le nom de fausses eaux.

Le tissu de l'amnios, quoique semblable en grande partie à celui du chorion, est pourtant d'une texture plus dense et plus épaisse. On n'a pu jusqu'à présent y rencontrer ni vaisseaux ni nerfs. Mais dans cette membrane, ainsi que dans les précédentes, par l'analyse microscopique, on peut constater l'existence de porosités qui permettent aux eaux exhalées par les capillaires utérins de s'épancher autour du fœtus par un simple phénomène d'endosmose.

On a vu plus haut que c'était au moyen de l'allantoïde que les artères dites ombilicales de l'embryon étaient transportées jusqu'aux villosités choriales. Là, elles y pénètrent jusqu'à leurs terminaisons en cul-de-sac, et se recourbent en forme d'anses pour s'aboucher avec les radicules veineuses, qui, à leur tour, se rassemblant en tronc plus fort, concourent, en définitive, à la formation de la veine ombilicale dont la route sera indiquée plus tard dans le corps du fœtus.

2. Placenta.

Le placenta est une masse molle, spongieuse, vasculaire, ressemblant à un gâteau. La forme ronde, qu'il affecte le plus ordinaire-

ment, varie cependant quelquefois en raison du point où se fait l'insertion du cordon ombilical, qui a lieu le plus ordinairement au centre, mais qui peut aussi se faire sur l'un des bords de l'organe.

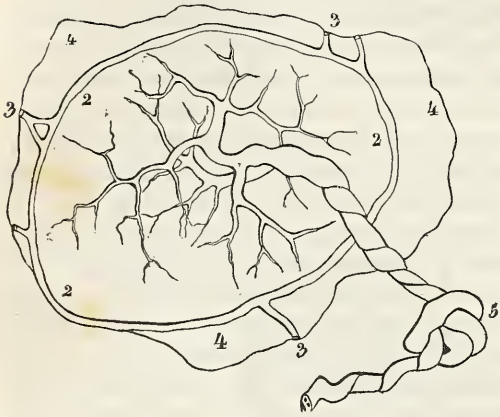


Fig. 58.

Quand l'insertion du cordon se fait au centre, le placenta est plus ou moins rond, et ressemble pour la forme à un champignon ; mais quand elle a lieu près du bord ou à la circonférence, l'organe prend une forme elliptique qui le fait ressembler plus ou moins à une raquette ou à un rein. Quelquefois, au lieu d'être aplati et d'une épaisseur égale, il est beaucoup plus épais au centre, et va en s'amincissant vers les bords, de manière à présenter la forme d'un cône ; d'autres fois, enfin, au lieu de ne former qu'une seule masse, il se divise en plusieurs lobes. Cette disposition, au moment de la délivrance, a le grand inconvénient de permettre à quelques parties du placenta de rester dans la cavité utériue, quelles que soient d'ailleurs les précautions apportées dans la délivrance.

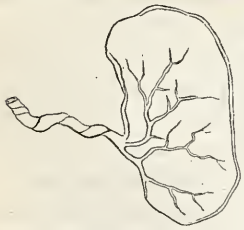


Fig. 59.

Le diamètre ordinaire du placenta est de 15 à 18 centimètres. Ces dimensions s'exagèrent quelquefois, et l'on en a vu qui avaient jusqu'à 25 centimètres de long sur 14 centimètres et demi de large. Dans ce cas, l'étendue se fait aux dépens de l'épaisseur, qui, dans l'état normal, est habituellement de 2 centimètres et demi à 3 centi-

mètres et toujours plus considérable au point d'insertion du cordon ombilical.

Le poids du placenta, variable en raison de ses dimensions, est ordinairement de 500 grammes et 1 kilogramme.

La couleur est d'un rouge grisâtre ; cette teinte est plus ou moins foncée, selon que l'organe est plus ou moins gorgé de sang.

On distingue au placenta deux faces : l'une externe ou utérine ; l'autre interne ou fœtale.

La *face externe*, plus ou moins convexe, selon la concavité de l'utérus, adhère aux parois de cet organe, mais seulement médiatement ; car il existe entre elle et l'utérus la caduque inter-utéro-placentaire (tissu aréolaire intermédiaire de M. P. Dubois) et de nombreux vaisseaux artériels et veineux qui se portent de la surface interne de l'utérus dans le placenta, en traversant seulement le tissu suivant les uns, en s'y abouchant directement suivant M. P. Dubois (voy. p. 122). Au moment de la délivrance, elle présente des anfractuosités qui résultent de la séparation des cotylédons qui composent l'organe. Cette séparation s'est effectuée, parce que la membrane cellulo-vasculaire, qui couvre toute la face externe et la rend parfaitement unie, s'est déchirée.

La *face interne* ou fœtale est concave, plus ferme, plus lisse et plus polie que l'externe ; on y remarque un plexus vasculaire qui donne naissance aux vaisseaux du cordon ombilical. — Cette face, lisse, est recouverte par l'amnios et le chorion.

La circonférence du placenta est en rapport avec le repli de la caduque ; on rencontre en cet endroit un cercle vasculaire appelé *sinus coronaire du placenta* (fig. 58). Ces vaisseaux communiquent, d'une part avec l'utérus, et de l'autre avec le placenta, dans lequel ils pénètrent par les anfractuosités qui séparent les cotylédons.

Structure. — Le placenta est formé par l'agglomération de lobes ou cotylédons, séparés entre eux par des sillons auxquels on a donné le nom de sinus placentaires, et dans lesquels s'engage la membrane cellulo-vasculaire dont nous avons parlé plus haut. C'est à tort qu'on a voulu nier l'existence de ces sinus. En effet, après l'expulsion du placenta, il est facile de distinguer entre chaque cotylédon la membrane interlobulaire, surtout entre ceux qui n'ont pas été désunis par la contraction utérine ; c'est cette membrane qui, dans les cas d'injection partielle, ne permet pas à celle-ci de passer d'un cotylédon à un autre.

Le placenta se compose de vaisseaux sanguins, de tissu cellulaire, et de filaments blanchâtres qui semblent être une expansion du chorion, et qui ont pu être l'objet d'une méprise pour les anatomistes

qui prétendent que le placenta contient des nerfs. Les vaisseaux qui entrent dans la composition de cet organe appartiennent au système vasculaire fœtal et maternel.

D'après les recherches faites par M. Bonamy, ces vaisseaux seraient des artères et des veines.

Ainsi, des injections de couleur différente, poussées par cet habile anatomiste dans le système veineux et artériel de l'utérus, et dans la veine et dans l'une des artères ombilicales, firent voir, en décollant avec précaution le placenta, une assez grande quantité de petits vaisseaux partant de l'utérus, traversant le tissu inter-utéro-placentaire, et plongeant dans le tissu du placenta. A la couleur de l'injection, quelques-uns de ces vaisseaux purent être reconnus pour des veines, d'autres pour des artères. Il en fut de même des vaisseaux du placenta.

De plus, les injections les plus fines ne purent passer des vaisseaux de la mère dans ceux du placenta, d'où l'on doit conclure qu'il n'y a pas de communication entre ces deux ordres de vaisseaux, qui n'ont que des rapports de contiguïté, et forment, en s'entremêlant, une espèce de feutrage inextricable. Enfin, d'après les recherches de MM. Jacquemier et Bonamy, les artères utérines se continuent avec les veines du même nom dans l'intérieur du placenta, au moyen d'un réseau capillaire très-délié. Il en est de même des vaisseaux ombilicaux.

L'insertion du placenta peut avoir lieu sur tous les points de la cavité utérine; mais c'est particulièrement près de l'orifice de l'une ou de l'autre trompe qu'elle a lieu le plus souvent : il s'insère aussi quelquefois sur le col; mais, quel que soit le lieu où cette insertion se fasse, elle s'effectue toujours dans le point où l'ovule a été en contact immédiat avec l'utérus, après avoir refoulé la caduque.

Le placenta est souvent le siége d'altérations morbides; le ramollissement, le squirrhe, le passage à l'état cartilagineux, l'ossification même d'une certaine portion, le développement de kystes de différente nature, sont des accidents qu'on y rencontre assez fréquemment, et qui, lorsqu'ils sont considérables, peuvent nuire au développement du fœtus et en déterminer l'expulsion prématurée.

Les fonctions du placenta sont de concourir à la nutrition et à la respiration du fœtus.

Dans les cas de grossesse multiple, le nombre des placentas est ordinairement en rapport avec celui des fœtus, et dans ce cas ils sont intimement unis; il est très-rare qu'il n'y ait qu'un seul placenta.

Il est encore bien plus rare de rencontrer deux placentas pour un seul produit. Cependant, tout récemment, deux faits de cette na-

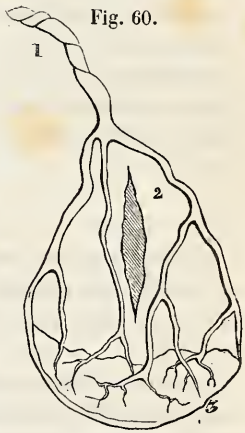
ture viennent d'être observés à la Clinique d'accouchement de Paris, et à celle de Berlin.

3. Du cordon ombilical.

On appelle cordon ombilical une tige cylindrique, longue, grêle et flexible qui unit par ses extrémités le fœtus au placenta. Sa longueur est extrêmement variable, le plus ordinairement elle est d'environ 45 à 60 centimètres; on cite des cas où elle s'est étendue jusqu'à 1 mètre ou 2. Sa grosseur est à peu près celle du petit doigt, mais quelquefois elle est beaucoup plus considérable, Mauriceau l'a vue égaler celle du bras d'un enfant; d'autres fois, au contraire, il est tellement grêle que les vaisseaux qu'il contient ne peuvent plus suffire à l'entretien de la vie du fœtus. Rœderer en cite un exemple.

L'augmentation ou la diminution de volume du cordon ombilical dépend souvent d'un liquide contenu dans son tissu cellulaire, et qu'on nomme gélatine de Wharton; mais quand cette augmentation est plus sensible au voisinage de l'insertion fœtale, elle peut être due à la présence d'une portion d'intestin dans la gaîne du cordon, et l'on doit apporter le plus grand soin à s'assurer de ce fait avant de placer la ligature.

Fig. 60.



1. Cordon inséré sur les membranes retournées.
2. Ouverture des membranes, qui a donné issue au produit.
3. Face fœtale du placenta.

La manière dont se comportent les vaisseaux contenus dans le cordon influe singulièrement sur sa solidité, qui sera moindre quand ils s'écartent et plus considérable quand ils s'agglomèrent avant leur insertion placentaire. J'ai observé à la Clinique un placenta où les vaisseaux du cordon s'inséraient sur les membranes. M. le docteur Voillemier, alors interne de la Clinique, en a préparé un qui présentait aussi cette disposition (fig. 60).

Si, dans ce cas, la rupture des membranes a lieu au voisinage d'un des trois vaisseaux, cette déchirure peut compromettre l'intégrité de l'un d'eux, et déterminer une hémorrhagie grave. Mais cette insertion, ainsi qu'il a été dit en parlant du placenta, se fait presque constamment au centre de celui-ci. L'insertion fœtale se fait à l'ombilic, près duquel on remarque un renflement annulaire qui indique d'une manière précise le lieu où la séparation du cordon doit avoir

lieu. Cette insertion, dans des cas il est vrai très-rares, s'était faite sur la tête, le cou, la poitrine du fœtus. M. J. Cloquet a observé cette anomalie à Bruxelles.

Le cordon se compose : — de la veine ombilicale et des deux artères du même nom, qui rampent en se contournant autour de celle-ci, de manière à lui donner l'apparence d'un câble ; de plus, ces trois vaisseaux se tordent sur eux-mêmes neuf fois sur dix de gauche à droite : cette torsion est certainement déterminée par les mouvements de rotation du produit ; — d'un tissu cellulaire très-lâche et très-perméable aux liquides, et qui explique la facilité avec laquelle le cordon s'infiltre ; — de la gélatine de Wharton, espèce de liquide visqueux qui contribue, comme on l'a vu, à augmenter le volume du cordon ; — et enfin, il se compose de l'ouraque et d'une gaîne formée par le prolongement du chorion et de l'amnios.

Des bosselures, des varices, et même des nœuds, se rencontrent quelquefois dans l'étendue du cordon. Quand ces anomalies sont légères, elles sont sans importance ; mais si, au contraire, elles sont très-prononcées, elles peuvent déterminer la mort du produit et l'avortement.

Le cordon sert à la transmission des liquides circulatoires du placenta au fœtus, et *vice versâ*.

4. Eaux de l'amnios.

On désigne sous le nom d'eaux de l'amnios, ou liquide amniotique, un fluide contenu dans la membrane amnios, et au milieu duquel nagent le fœtus et le cordon ombilical pendant tout le temps de la gestation.

Au terme de la grossesse, la quantité de ce liquide peut être évaluée à 8 ou 900 grammes ou environ un litre. Cette appréciation, au reste, ne peut être faite exactement, car la quantité du liquide amniotique est très-variable, et presque toujours en raison inverse de la force et du volume du fœtus et de la vigueur de la mère. Cette dernière circonstance permet difficilement d'admettre que l'eau de l'amnios soit le seul aliment du produit.

Ce liquide présente un trouble lactescent, de couleur citrine ou verdâtre, plus dense que l'eau distillée ; il contient en suspension des matières floconneuses d'un blanc verdâtre, et semble être à la fois acide et alcalin, car il rougit la teinture de tournesol, et verdit le sirop de violette ; il a une saveur légèrement salée ; il contient (selon Vauquelin) quatre-vingt-dix-huit parties d'eau et deux parties d'albumine, de sel de soude et de chaux. M. Regnault, ayant pu re-

cueillir des quantités assez considérables de liquide amniotique parfaitement pur, extrait avant la rupture des membranes de l'œuf, à la surface interne des membranes de l'œuf, extraction faite au moyen d'une sonde convenable, a procédé à son analyse qualitative. Il lui a été possible d'y démontrer la présence de l'urée, qu'il a même pu isoler pure et cristalline. Cette découverte est de nature à faire penser, comme cela a déjà été admis par plusieurs physiologistes, que les urines du fœtus viennent se mêler au liquide amniotique. L'origine du liquide amniotique est très-obscure ; on a prétendu successivement qu'il était formé par la sueur, l'urine du fœtus, la salive, la gélatine de Wharton, etc. ; mais on pense généralement aujourd'hui que le liquide amniotique est le produit d'une exhalation qui s'opère par l'utérus lui-même, à laquelle viendrait se joindre l'urine du fœtus. En effet, il faut bien admettre que l'urine est excrétée dans l'amnios, puisqu'on y rencontre l'urée et qu'on voit chez certains produits l'imperforation du canal de l'urètre déterminer la distension énorme de la vessie, et quelquefois sa rupture.

Le liquide amniotique a pour fonctions, suivant quelques auteurs, de contribuer à la nutrition du fœtus, opinion qui ne s'accorderait guère avec les phénomènes d'excrétion dont nous venons de parler; mais il a certainement pour usage de le protéger contre les chocs extérieurs et contre la violence des contractions utérines, de favoriser ses mouvements, d'empêcher l'adhérence des membres entre eux ou avec le tronc, alors que l'épiderme n'est pas encore formé ou qu'il n'est pas recouvert d'enduit sébacé, d'atténuer la violence des chocs produits par les mouvements du fœtus contre les parois utérines, de concourir au développement de l'utérus, de faciliter la dilatation du col pendant le travail en s'engageant dans la poche, et enfin de lubrifier les organes maternels, et de rendre ainsi plus facile le glissement des parties fœtales au moment de la naissance.

§ 10. — Du fœtus à terme.

Le fœtus, parvenu au terme de la gestation, ne diffère de celui de huit mois que par ses dimensions. Il a environ 50 à 60 centimètres de long ; son poids est habituellement de 3 kilogrammes à 3 kilogrammes et demi ; quelquefois, cependant, on a vu des enfants peser jusqu'à 6 kilogrammes : j'en ai vu naître un à la Clinique qui pesait 4 kilogrammes et demi, mais cela est rare, et il ne faut pas ajouter foi au récit de ces auteurs qui prétendent avoir reçu des enfants pesant 10, 12, 15 kilogrammes.

La racine du cordon s'est élevée ; mais elle ne correspond pas en-

core au milieu de la longueur du corps du fœtus. L'étendue du diamètre bis-acromial A, B, mesuré d'une épaule à l'autre (fig. 61), a 10 centimètres et demi à 11 centimètres; mais par suite de la compression que les parties éprouvent en s'engageant au détroi supérieur, ce diamètre est réductible à 9 centimètres et demi.

Fig. 61.

Le diamètre bis-iliaque (B, I), qui représente l'étendue de l'extrémité pelvienne, a les mêmes dimensions que le précédent, mais il est un peu plus réductible : ainsi, au moment de l'engagement, il n'a plus ordinairement que 8 à 9 centimètres. Cette circonstance dépend de ce que le bassin, qui présente peu d'étendue, est revêtu de parties molles assez épaisses, mais qui cèdent facilement; tandis que les points entre lesquels se mesure le diamètre bis-acromial sont à peine revêtus de parties molles, et alors c'est la compression seule qu'éprouve la poitrine qui diminue l'étendue de ce diamètre.

1. Tête du fœtus à terme.

Mais, de toutes les parties du fœtus, c'est la tête qui mérite le plus d'attention ; c'est la partie la plus volumineuse, et c'est celle qui se présente le plus ordinairement. Elle est ovoïde, et constituée par le crâne et la face.

Le crâne est formé par la réunion de plusieurs os, l'os frontal (1), divisé en deux parties :

Des deux pariétaux (2), l'occipital (3) et les deux temporaux (4). Les os qui constituent la face sont les deux os maxillaires supérieurs, la mâchoire inférieure, les os de la pommette, auxquels il faut ajouter la partie inférieure des os frontaux.

Les os du crâne sont séparés par des espaces membraneux plus ou moins larges, appelés sutures et fontanelle. La connaissance de ces parties est d'une très-grande importance, car elles servent à établir le diagnostic de la présentation de la tête et celui de ses positions.

a. Sutures. — La suture antéro-postérieure ou sagittale (ABC) s'étend de la racine du nez à la pointe de l'occipital ; elle sépare en avant les deux portions de l'os frontal, et au milieu des deux parié-

taux. En avant, cette suture reçoit de chaque côté les deux sutures fronto-pariétales (O), qui servent de lignes de démarcation entre les coronaux et les pariétaux. Le point d'entre-croisement de ces diverses sutures constitue la fontanelle antérieure. En arrière, la suture sagittale se réunit par son extrémité avec les deux sutures lambdoïdes pour former la fontanelle postérieure. Ces deux sutures lambdoïdes (L,L) séparent l'occipital (3) des deux pariétaux (2,2).

b. Fontanelle antérieure. — Au point d'entre-croisement de ces quatre branches de sutures, les deux extrémités de la suture sagittale et les deux branches fronto-pariétales, existe un espace membraneux, large quadrilatère, appelé fontanelle antérieure ou bregma (B, fig. 62); on sent à son pourtour quatre angles osseux dépendant des coronaux et des pariétaux, et quatre angles rentrants qui sont les embouchures des sutures.

c. Fontanelle postérieure (*c*, fig. 62). — Elle résulte de la réunion de la suture sagittale à son extrémité postérieure avec les deux branches de la suture lambdoïde (L), ou fontanelle occipitale, moins largement ouverte que la précédente; elle est triangulaire, et l'on y rencontre trois angles osseux et trois embouchures de sutures.

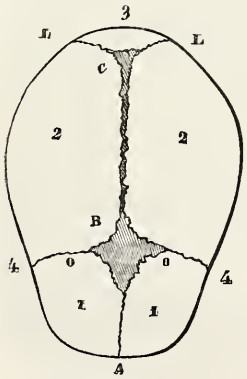


Fig. 62.

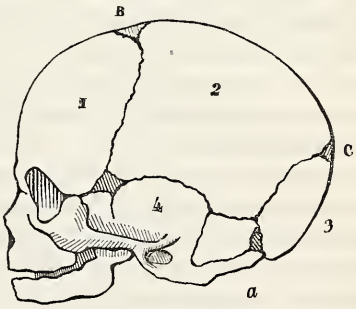


Fig. 63.

d. Fontanelle temporale. — Deux autres fontanelles, situées, l'une à droite, l'autre à gauche, à la réunion du temporal avec le pariétal, moins importantes que les précédentes, méritent cependant d'être mentionnées, car ce sont celles qui servent à préciser le diagnostic dans les présentations inclinées de la tête (variétés de présentation, fig. 63).

Ces sutures et ces fontanelles présentent des anomalies qui peuvent induire en erreur dans le diagnostic des positions du sommet. J'aurai soin de les noter quand je m'occuperai du diagnostic des positions de cette présentation.

e. Diamètre de la tête. — Les principaux diamètres de la tête sont au nombre de dix.

Je vais les énumérer dans l'ordre de leur étendue.

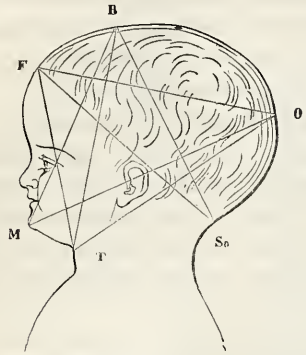


Fig. 64.

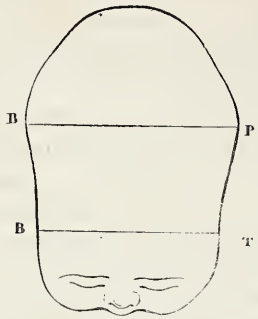


Fig. 65.

Le diamètre occipito-mentonnier (OM), qui s'étend du tubercule occipital au menton, a 13 centimètres et demi.

Mento-bregmatique (MB), du menton à la fontanelle antérieure. . . . . .
Occipito-frontal (OF), de la bosse coronale au tubercule occipital. . . . .
Trachélo-occipital (TO), de la partie antérieure et supérieure du cou au tubercule occipital. . . . . } 11 cent.

Sous-occipito-frontal (SoF), du milieu de l'espace qui sépare le trou occipital de la bosse occipitale à la bosse coronale. . . . . .
Trachélo-bregmatique (TB), de la partie antérieure et supérieure du cou à la fontanelle antérieure. . . . . } 9 cent. et demi à 10 cent.

Bi-pariétal (BP), d'une bosse pariétale à l'autre, 9 centimètres à 9 centimètres et demi.

Trachélo-frontal (TF), de la partie antérieure et supérieure du cou à la bosse coronale. . . . . .
Sous-occipito-bregmatique (SoB), du milieu de l'espace compris entre le trou occipital et la bosse occipitale à la fontanelle antérieure. . . . . } 8 centimètres et demi.

Bi-temporal (BT), de la racine d'une apophyse zygomatique d'un côté à celle du côté opposé, 7 à 8 centimètres.

Il est indispensable de se bien pénétrer de l'étendue de ces diamètres ; car cette étendue justifie la possibilité ou l'impossibilité de l'engagement de la tête et de son dégagement dans certaines présentations et dans quelques positions. Aussi j'aurai soin de rappeler le nom et l'étendue de chacun de ces diamètres à mesure qu'ils se présenteront dans la pratique. C'est, au reste, le seul moyen de graver dans la mémoire cette foule de nombres. On a l'habitude de donner aussi le nom des principales circonférences de la tête ; mais, quand on connaît les diamètres, on connaît les circonférences : les indiquer, c'est vouloir surcharger la mémoire de détails inutiles.

Si l'on compare les diamètres du fœtus avec ceux du canal qu'il doit parcourir, le plus grand diamètre du détroit supérieur étant de 11 centimètres et demi à 12 centimètres, celui du détroit inférieur ayant à peu près la même étendue, on comprend que, pour que l'accouchement soit spontané, il faut que le fœtus, parvenu à terme, se présente par la tête ou par l'extrémité pelvienne, et non par un des points de son grand diamètre (ED) (fig. 55), qui a 30 centimètres, comme cela a lieu dans les présentations du tronc, qui, à de très-rares exceptions, ne permettent pas l'accouchement spontané.

On comprendra aussi que, bien que ce soit la tête qui se présente, il faut encore qu'elle soit, avec le détroit supérieur, dans des rapports tels que l'occipito-mentonnier ne se présente pas à ce détroit, car, ce diamètre ayant 13 centimètres et demi, l'engagement ne pourrait avoir lieu. Il en est de même pour le détroit inférieur ; car la tête, après avoir franchi le détroit supérieur, et être parvenue dans l'excavation étendue, ne peut se mettre en rapport avec l'excavation par son diamètre occipito-mentonnier [1].

Enfin il faut que le fœtus soit flexible pour s'accommoder à la courbure du canal qu'il doit franchir, et sa conformation lui permer de se fléchir sur toutes les faces. Quand la flexion doit être très-prononcée, elle s'exécute beaucoup plus facilement, et sans danget pour le produit, dans le sens de la flexion naturelle (antérieure) : aussi, quand on se propose d'extraire le fœtus, c'est ainsi qu'il faut le fléchir.

[1] Ce diamètre ne peut se rencontrer dans la présentation de la face, qui s'est placée dans l'excavation en position mento-postérieure directe, que lorsque la tête est petite, et au détroit supérieur, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, après issue du tronc, quand la tête s'est défléchie.

Mais, dans l'expulsion spontanée où la flexion n'est jamais complète, tantôt il se fléchit en avant, tantôt en arrière, suivant la présentation et le point du bassin qu'elle occupe, afin de rendre cette expulsion plus facile.

Ainsi, dans la présentation du sommet au moment de l'engagement, il se fléchit en avant, puis en arrière, au moment du dégagement, pour que l'occiput puisse sortir le premier, condition indispensable pour que l'accouchement spontané s'effectue. Dans la présentation de la face, c'est l'inverse : la tête se défléchit d'abord, s'étend en arrière, au moment de son engagement, puis se refléchit lors de son dégagement; ces mouvements en sens inverse sont indispensables, pour permettre au menton de s'engager et de se dégager le premier. Je reviendrai sur ces détails aux articles *Accouchements spontanés.*

L'articulation de la tête avec la première pièce de la colonne vertébrale, l'atlas, est presque immobile; elle ne permet que des mouvements de flexion. Celle qui unit l'atlas et l'axis est un ginglyme qui permet des mouvements de rotation, mais limités au quart de cercle; cependant on peut très-bien dépasser un peu cette limite, sans compromettre la vie du fœtus. Madame Lachapelle en cite des exemples nombreux. M. P. Dubois nous a souvent rapporté deux cas où cette torsion avait été très-prononcée, sans que pour cela la vie du fœtus ait été compromise. A la Clinique d'accouchement, en 1842, ce professeur fit exécuter, à l'aide du forceps, par suite d'une erreur dans le diagnostic de la position [1], un demi-tour de rotation complète à une tête située en occipito-postérieure droite, et l'enfant n'en vint pas moins vivant au monde; cependant ces faits sont exceptionnels, et l'on doit autant que possible ne pas dépasser un quart de cercle dans les mouvements que l'on imprime à la tête, le tronc restant immobile. J'insisterai encore sur ces précautions en temps plus utile, à l'article *Application du forceps.*

2. Attitude du fœtus à terme.

Le fœtus est courbé sur sa face antérieure, le menton rapproché

[1] La tête était le siége d'une tumeur séro-sanguine considérable, qui masquait les fontanelles. On eut recours à l'auscultation, qui indiqua une position antérieure, tandis que l'occiput était en arrière. Cette erreur commise à l'aide de l'auscultation, par un observateur dont certes personne ne révoquera en doute l'habileté, vient confirmer aussi ce que j'ai dit de la difficulté qu'on éprouve presque toujours à distinguer une position antérieure d'une postérieure du même côté par l'auscultation.

de la poitrine, les bras appliqués sur les côtés du thorax, les avant-bras fléchis et croisés sur le devant du sternum, les pieds relevés sur le devant des jambes, les jambes contre la face postérieure des cuisses, et les cuisses sur la face antérieure de l'abdomen. Ainsi fléchi, il affecte la forme d'une masse ovoïde à peu près régulière, forme qui est déterminée par celle de l'œuf qui contient le produit : en effet, quoique cet œuf soit loin d'étreindre de toutes parts le fœtus, l'espace qui reste libre dans la cavité des membranes n'est pas assez considérable cependant, à une époque avancée de la grossesse, pour permettre au fœtus de rester étendu.

Fig. 66.

Présentation de la tête.

Plusieurs points de la surface du fœtus peuvent occuper la partie inférieure de l'organe, mais ce sont les deux extrémités de l'ovoïde qu'il représente qui s'y rencontrent le plus souvent, et le plus ordinairement l'extrémité céphalique, surtout quand elle est fléchie.

On a recherché longtemps quelle pouvait être la cause de la plus grande fréquence de la présentation de la tête : on a cru que les lois de la pesanteur déterminaient cette fréquence, et l'on se fondait sur ce que le fœtus, étant suspendu par le cordon, l'extrémité céphalique, plus lourde, était sollicitée à gagner tout naturellement la portion la plus déclive de l'organe.

M. P. Dubois, dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine [1], a refuté cette opinion, et lui en a substitué une autre appuyée sur des preuves nombreuses, et qu'il est difficile de ne pas admettre.

En effet, est-il possible de croire que le fœtus soit suspendu par le cordon ombilical, quand, dès le troisième mois, on voit que le cordon est déjà plus long que le plus grand diamètre de la cavité de l'œuf? Peut-on admettre aussi que ce soit la pesanteur qui conduise la tête dans le point le plus déclive de l'organe, quand il est facile de se convaincre que le poids de cette tête est égal à celui de l'ex-

[1] *Mém. de l'Académie de médecine.* Paris, 1833, t. III, p. 430; et t. IV, p. 475.

trémité pelvienne? Pour prouver ce fait, M. Dubois a plongé horizontalement des produits morts dans une quantité d'eau assez considérable pour que le produit, abandonné à lui-même, mît un certain temps à gagner le fond du vase, et il a vu constamment toutes les parties du fœtus descendre avec une égale rapidité, et le dos venir le premier reposer sur la paroi inférieure du vase. Il ajoute, de plus, que chez les femmes qui, pendant la grossesse, gardent la situation horizontale, le fœtus ne s'en présente pas moins par la tête; qu'avant terme, les présentations céphaliques sont moins constantes, quoique, à cette époque, la tête soit plus lourde que l'extrémité pelvienne; que, chez les fœtus qui portent une tumeur sur l'extrémité pelvienne, tumeur plus lourde que la tête, la tête ne s'en présente pas moins [1]; et qu'enfin, chez les animaux, où le point le plus déclive de l'organe ne correspond pas au col, mais bien au fond de l'utérus, les fœtus naissent bien plus souvent par la tête que par les pieds.

Concluant de tous ces faits que la pesanteur n'a aucune part dans la production de ce phénomène, il en a cherché l'explication dans un ordre d'idées plus élevé.

Une détermination instinctive du produit présiderait, selon lui, à l'accomplissement de cette loi, et cet instinct serait prouvé, pendant la vie fœtale, par cette succession régulière et presque constante d'impressions perçues et les mouvements qui les suivent, qui indiquent assez qu'il y a entre ces deux fonctions, pendant la vie intra-utérine, la même liaison qui doit exister après la naissance; c'est ce que tout observateur attentif ne peut nier. Et pourquoi refuserait-on des déterminations volontaires au produit encore contenu dans le sein de sa mère, quand, immédiatement après son expulsion, ces déterminations deviennent manifestes? Qui lui apprend, en effet, à saisir le sein de sa mère, à y puiser un lait réparateur; et souvent même, dans les présentations de la face, qui lui enseigne, avant sa naissance, à sucer le doigt de l'accoucheur? Qui indique aux petits de la sarigue, lorsqu'ils sont expulsés de l'utérus, alors qu'une organisation imparfaite les rend inaptes à vivre de la vie extérieure; qui leur apprend, dis-je, à se greffer, pour ainsi dire, aux mamelons de la mère, pour subir dans la poche marsupiale cette seconde incubation indispensable au perfectionnement de leur organisation?

[1] Depuis la publication de son mémoire, M. P. Dubois nous a rapporté un cas de cette nature : l'enfant, né à la Maternité, et que j'ai vu, portait sur le siége une tumeur très-lourde ; la tête s'était cependant présentée la première, et des difficultés sérieuses avaient accompagné l'extraction de l'extrémité pelvienne. Un fait semblable s'est aussi présenté à la Clinique d'accouchement.

Qui porte l'enfant et les animaux à l'accomplissement de ces actes, si ce n'est le même instinct qui préside aux actes de leur vie intra-utérine, et qui les porte à présenter à l'orifice la partie de leur corps qui permettra une plus facile issue?

§ 11. — Fonctions du fœtus.

Les principales fonctions du fœtus sont la *nutrition*, la *respiration*, la *circulation*.

1. Nutrition.

De toutes les hypothèses émises sur la nutrition du fœtus à terme, celle qui mérite le plus l'attention de l'accoucheur est celle où le système utéro-placentaire est regardé comme contribuant principalement en grande partie à cet acte physiologique. Tous les autres moyens de nutrition dont le fœtus a pu faire usage jusqu'à ce jour comme moyens subsidiaires du système placentaire, encore imparfait, et dont quelques-uns, il faut bien en convenir, ont été à une certaine époque ses seuls moyens d'alimentation, cessent de concourir uniquement à l'acte nutritif dès que le système placentaire est complétement organisé.

Ainsi l'ovule, avant son arrivée dans l'utérus, vit déjà, du moins cela est très-probable, aux dépens de la liqueur du corps granuleux, dont une petite partie l'accompagne jusque dans la trompe; puis arrivé dans l'utérus, il rencontre la caduque remplie par l'hydropérione; et, soit qu'il s'y incorpore, soit qu'il reste situé en dehors de cette cavité, les villosités qui le recouvrent absorbent la liqueur hydropérione.

Suivant une autre hypothèse, et en supposant que l'ovule ne pénètre pas dans l'hydropérione, mais s'enveloppe seulement de la caduque, comme le poumon s'enveloppe avec la plèvre, les villosités, qui alors se trouvent en contact avec la paroi utérine, absorberaient les liquides sécrétés par la surface interne de cet organe.

Et, dans l'un et l'autre cas, ces liquides s'accumuleraient dans l'œuf, entre le chorion et l'amnios, et constitueraient le corps réticulé. Puis, après avoir été élaborés, ils passeraient dans la cavité amniotique par transsudation, et de là dans le produit lui-même par imbibition; enfin, le suc vitellin, qui serait aussi formé par ces liquides, se rendrait au produit par le canal de la vésicule ombilicale.

Cet état de choses se modifierait à mesure que l'appareil placentaire s'organise, si bien qu'à quatre mois il le serait déjà en grande partie : en effet, la cavité de la membrane caduque, celle qui existe entre le chorion et l'amnios, et l'hydropérion, le corps réticulé, la vésicule ombilicale et le liquide vitellin ont disparu.

Il ne resterait plus comme adjuvant du système placentaire que l'absorption de la substance sécrétée par la matrice, qui alimenterait le liquide amniotique, qui lui-même serait absorbé par le fœtus, à moins qu'on n'admît avec Eschricht, Prévost, Morin, que cette absorption de substance plastique sécrétée par l'utérus ne soit faite par le placenta lui-même, qui la transmettrait au produit directement.

Enfin, suivant d'autres, après le quatrième mois, le produit se nourrirait exclusivement avec l'eau de l'amnios.

Examinons cette opinion.

A. Nutrition par l'eau de l'amnios. — La nutrition par l'eau de l'amnios peut avoir lieu de deux manières : dans l'une, l'eau est absorbée par différentes voies; dans l'autre, elle est avalée et digérée.

L'eau de l'amnios est-elle nutritive? L'analyse chimique le prouve : elle contient de l'osmazôme, de l'albumine et des sels. Les expériences directes l'établissent aussi. Des veaux ont pu être nourris plusieurs jours rien qu'avec cette eau; mais cela met-il en droit d'établir que, parce que ce liquide est plus nourrissant que l'eau commune, il sert uniquement à la nutrition du fœtus, soit par injection, soit par absorption? Non, certainement. Enfin, de ce qu'une injection colorée faite chez la mère qui colore l'eau de l'amnios ne pénètre pas plus loin que la peau du fœtus, on n'est pas en droit de conclure qu'il en est de même des liquides pendant la vie. Aussi, rien ne prouve que l'eau de l'amnios ne soit pas absorbée, et tout porte à croire qu'elle l'est. Quelques auteurs ont pensé que cette absorption se faisait par les seins, par la trachée-artère, les bronches, enfin par les parties génitales (Lobstein). M. Velpeau nie même qu'il y ait absorption complète. Suivant ce professeur, il n'y a qu'une espèce d'imbibition tégumentaire. Peut-on admettre aussi que cette eau soit avalée et digérée pour servir à la nutrition? M. Velpeau ne le pense pas.

Pendant la gestation, dit ce professeur, le fœtus a la bouche fermée ; de plus, il ne peut y avoir déglutition sans mouvements d'inspiration et d'expiration. Les acéphales, les astomes, les fœtus qui viennent avec les ouvertures des muqueuses fermées, n'en sont pas moins développés ; leur tube digestif n'en contient pas moins, comme M. Velpeau a pu s'en assurer, du méconium, et même des poils.

De ce qu'on aurait rencontré de l'eau de l'amnios mélangée de méconium dans l'estomac de certains fœtus morts, doit-on conclure, ajoute-t-il encore, que le fœtus se nourrit de l'eau de l'amnios? Non, certainement ; de même qu'on n'induira pas, de ce qu'on trouve de l'eau dans l'estomac des noyés, que le nageur avale de l'eau. En outre, ne voit-on pas des fœtus continuer à vivre dans la matrice

après l'écoulement total du liquide amniotique ? M. Velpeau en a vu un qui vécut plus d'un mois dans ces conditions.

Ces raisons ont certainement une grande valeur : elles prouvent que dans quelques cas particuliers, l'eau de l'amnios ne peut pénétrer dans les voies digestives, par suite de l'occlusion accidentelle de la bouche, qu'elle ne peut être avalée par déglutition ; elles prouvent que l'eau de l'amnios n'est pas indispensable à la nutrition, puisque dans les cas où la bouche manque, le fœtus peut vivre, quoique privé d'un des moyens accessoires de nutrition ; mais elles ne démontrent pas que cette eau ne pénètre pas dans l'estomac sans déglutition.

En résumé, on ne peut admettre que l'eau de l'amnios contribue à elle seule à l'alimentation à partir du quatrième mois ; mais je crois qu'on peut très-bien la regarder comme contribuant à la nutrition, dans une proportion qui irait en s'affaiblissant à mesure que le système placentaire se perfectionnerait.

Mais ce serait par imbibition, et non par déglutition, que l'amnios pénétrerait dans la substance du fœtus.

B. Nutrition par le système utéro-placentaire. — Les auteurs se partagent encore dans cette question en trois camps. Les premiers veulent que ce soit aux dépens du sang maternel, transmis directement de la mère à l'enfant, que la nutrition ait lieu. Telle était l'opinion de M. Antoine Dubois, qui, admettant l'existence de vaisseaux utéro-placentaires, pensait que les radicules de ces vaisseaux étaient en communication directe avec celles des vaisseaux ombilicaux, communication qu'il avait cru démontrer à l'aide d'injections. Mais le passage du liquide d'un canal dans un autre, après la mort, ne prouve pas que pendant la vie il en soit de même des fluides naturels. En effet, de ce qu'une injection un peu fine, poussée dans les artères du bas-ventre, s'épanche à la surface interne des intestins, on n'en conclut pas que le sang transsude ainsi continuellement dans le canal alimentaire. Aussi les injections ne prouvent-elles le plus ordinairement que l'existence des vaisseaux, et non le cours des liquides qu'ils contiennent.

De plus, quand la chimie n'aurait pas constaté des différences notables entre le sang de l'adulte et celui du fœtus, il serait difficile d'admettre que le sang maternel dans toute sa pureté, sans subir une élaboration préalable, pût convenir à l'entretien de la vie, à tous les âges de l'évolution fœtale, et ne fût pas pour le produit plutôt un poison qu'un élément réparateur.

A la tête des seconds se trouve M. P. Dubois qui a depuis modifié l'opinion de son père : il admet l'existence des vaisseaux utéro-placentaires ; mais, selon lui, ces vaisseaux ne s'aboucheraient pas direc-

tement avec les vaisseaux ombilicaux ; leur communication ne s'établirait qu'au moyen d'un tissu aréolaire, érectile, situé entre le placenta et l'utérus. J'ai pu voir très-bien ce tissu inter-utéro-placentaire sur une pièce que j'avais injectée à la Clinique, avec M. Després. M. Dubois m'en fit constater l'existence sur une autre pièce injectée aussi par M. Després, où cette disposition m'a paru de la dernière évidence. En effet, il est impossible d'écarter légèrement les surfaces en contact, sans rompre des vaisseaux qui venaient s'ouvrir dans ce tissu érectile intermédiaire, à tel point que les deux surfaces de l'utérus et du placenta étaient criblées de trous de calibres variables, plus larges pour les veines, moins étendus pour les artères ; on voyait même de petits prolongements de ces vaisseaux qui, partant de la surface utérine, semblaient pénétrer jusque dans les cotylédons du placenta.

Mais ces vaisseaux, après avoir traversé simplement le tissu intermédiaire, s'abouchaient-ils directement avec les radicules des vaisseaux ombilicaux, ou bien existait-il entre eux, dans le placenta, un simple contact sans anastomose? C'est ce que je n'ai pu définir. Cette troisième opinion est, au reste, celle de M. Jacquemier, qui admet l'existence de ce tissu inter-utéro-placentaire, mais qui ne le regarde que comme un feuillet de la caduque secondaire, dans lequel les vaisseaux ne viennent pas s'aboucher, mais qui leur livre passage pour aller à la rencontre des divisions de la veine et des artères ombilicales, avec lesquelles ils se mettent en rapport de contiguïté dans le tissu même du placenta, mais sans s'anastomoser directement.

Dans tous les cas, le sang de la mère mis en rapport avec celui du produit, à travers les parois subtiles et minces qui les séparent, lui communiquerait les principes nutritifs, et lui ferait subir en même temps une élaboration particulière (*Respiration*). Après avoir porté dans toute l'économie du fœtus les principes réparateurs dont il est chargé, il serait rapporté au placenta pour y être de nouveau modifié, et cette modification subie par le sang du produit serait, dans ce dernier cas, analogue à celle que le sang veineux subit dans les poumons de l'adulte. Cette opinion est aussi celle de M. Velpeau : c'est la plus généralement admise.

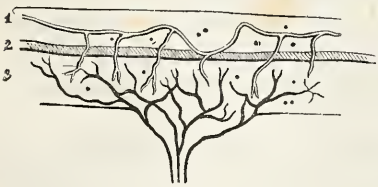


Fig. 67.

1. Utérus.
2. Tissu intermédiaire.
3. Placenta.

2. Respiration.

D'après quelques auteurs, en très-petit nombre, il est vrai, les phénomènes que je viens de décrire sous le titre de nutrition du fœtus par le système utéro-placentaire constitueraient la respiration fœtale elle-même ; mais, pour le plus grand nombre, la nutrition et la respiration du produit seraient intimement liées, et constitueraient un phénomène complexe déterminé par la circulation utéro-placentaire.

Ainsi donc, la respiration fœtale, telle que nous la comprenons, c'est-à-dire la revivification du sang fœtal au contact médiat du sang maternel, s'effectue sans le secours des poumons du fœtus, et quoiqu'elle concoure au même résultat, elle est toute différente de celle de l'adulte.

La nécessité de l'accomplissement de cette fonction est prouvée par les accidents graves que détermine chez le fœtus la compression du cordon, qui, en interrompant la circulation utéro-fœtale, le fait périr asphyxié ; si le cordon n'était destiné qu'à la transmission d'éléments nutritifs, la mort ne serait pas la conséquence immédiate de cette compression. Elle est aussi mise hors de doute par ce qui se passe au moment de la naissance : en effet, le cordon ne cesse de battre que lorsque l'enfant a respiré, parce qu'alors la respiration par les poumons remplace celle qui avait lieu par la circulation utéro-placentaire : c'est dans ce moment que l'accoucheur doit opérer la section du cordon.

De même, l'enfant peut vivre pendant un certain temps sans respirer, tant que les liens vasculaires qui l'unissent à sa mère ne sont pas interrompus.

Enfin, après que cette section a été opérée, si l'enfant respire bien, le sang cesse de couler par le cordon, tandis qu'il coule de nouveau si la respiration s'arrête.

D'après Béclard, pendant toute la durée de la vie intra-utérine, l'eau de l'amnios, pénétrant dans les poumons par les voies aériennes, modifierait le sang du produit. L'opinion émise depuis par M. Geoffroy Saint-Hilaire se rapproche de celle-ci : ce serait encore l'eau de l'amnios qui servirait à modifier le sang ; mais seulement le fœtus, plongé au milieu du liquide amniotique, absorberait par la surface du corps, et au moyen des fentes branchiales qui existent de chaque côté du cou, l'air contenu dans cette eau.

M. Bischoff[1] ne partage pas cette opinion. Suivant lui, l'appareil

[1] *Traité du développement de l'homme et des mammifères.* Paris, 1843. In-8.

branchial des animaux n'a aucun rapport avec les fentes qui existent de chaque côté du cou de l'enfant, et qui n'ont reçu le nom de fentes branchiales qu'à cause de leur ressemblance extérieure, et non parce qu'elles présentent la même organisation intime que les branchies. A mon sens, il ne faut voir encore chez l'homme, dans ces fentes branchiales, que la trace de l'accomplissement d'une de ces lois générales qui régissent tous les êtres d'une même classe dans le commencement de leur développement.

Enfin, parmi ceux qui acceptent que cette modification du sang fœtal soit opérée par le sang maternel, les uns admettent que la respiration ne commence qu'au moment où le développement du placenta est complet; d'autres pensent que cette fonction s'accomplit dès que l'embryon commence à se développer, et que, dans les premières semaines avant la formation du placenta, l'absorption du gaz vivifiant s'effectue au moyen des villosités du chorion. En résumé, quelque ingénieuses que soient ces hypothèses sur le mode de respiration et sur la forme de l'appareil qui l'accomplit, ce ne sont que des hypothèses.

Il n'en demeure pas moins très-probable que le produit absorbe un gaz vivifiant à toutes les époques de la vie intra-utérine. Voilà ce qu'il importe d'établir.

Cependant le placenta seul ne paraît pas destiné à débarrasser le sang des matériaux impropres à la nutrition dont il s'est chargé pendant son cours : le foie partagerait avec lui ces fonctions, et c'est avec ces éléments que serait constituée la bile.

3. Circulation fœtale.

La disposition des organes circulatoires et les phénomènes de la circulation, chez le fœtus, ne sont pas les mêmes que chez l'adulte.

Chez l'adulte, le cœur est divisé en quatre grandes cavités, une oreillette et un ventricule à gauche, et de même à droite.

Chaque oreillette communique avec le ventricule du même côté, mais elles ne communiquent pas entre elles. Chez le fœtus, au contraire, la cloison qui les sépare est percée d'une ouverture, le trou de Botal, dont l'étendue diminue à mesure que la grossesse avance, et qui se ferme complétement au moment de la naissance au moyen d'une valvule qui s'élève du bord inférieur de cette ouverture. Chez l'adulte, le tronc de l'artère pulmonaire se divise en deux grosses branches qui se rendent à chacun des poumons, et s'y ramifient pour y distribuer le sang venu du ventricule droit : ce sang est repris par les radicules de la veine pulmonaire, qui elle-même le

transmet à l'oreillette gauche. Chez le fœtus, cette artère pulmonaire donne naissance à un tronc assez volumineux, appelé canal artériel (A) qui s'ouvre dans la crosse de l'aorte (3), tandis que les poumons (G) ne reçoivent que de petits rameaux.

Chez l'adulte et le fœtus, l'aorte abdominale se bifurque pour former les artères iliaques primitives, qui donnent chacune naissance à l'artère hypogastrique et à l'artère iliaque externe.

Chez le fœtus, les branches hypogastriques des artères iliaques primitives (L) se relèvent sur les côtés de la vessie (I) et de l'ouraque, sous le nom d'artères ombilicales (B), et vont constituer le cordon avec la veine ombilicale (C) qui pénètre dans l'abdomen. Cette veine va gagner le sillon longitudinal du foie (H), en donnant des branches qui se ramifient dans les lobes droit et gauche de cet organe ; puis, arrivée à l'entre-croisement des deux scissures, elle se divise en deux troncs, l'un qui porte le nom de canal veineux (N) ou d'Arantius, qui continue la direction du tronc primitif, et va s'ouvrir au-dessus du diaphragme, dans le tronc de la veine cave (P) inférieure ; l'autre branche, plus grosse, qui se dirige à droite, s'unit au tronc de la veine porte abdominale (F), et forme avec elle le canal de réunion, puis se ramifie dans le foie, et s'anastomose avec les radicules des veines hépatiques, qui vont se rendre, comme chez l'adulte, un peu au-dessus du canal veineux.

a. Cours du sang. — Le sang pompé par les radicules de la veine ombilicale parcourt cette veine tout le long du cordon, traverse l'ombilic, et va se rendre dans le sillon longitudinal du foie, en se distribuant, à droite et à gauche, dans les lobes de cet organe. Arrivé au point d'entre-croisement des deux scissures, le sang se divise en deux colonnes principales, qui suivent, l'une le canal veineux (N), pour aller se mêler au sang de la veine cave inférieure (P) ; l'autre, la branche ombilicale de la veine porte (R) pour se répandre dans le lobe droit du foie, et être repris par les veines hépatiques, qui le versent dans le tronc de la veine cave inférieure (P) au moment où elle traverse le diaphragme. A ces deux colonnes de sang s'en joint une troisième, constituée par le sang que la veine cave inférieure (P) a rapporté des parties inférieures du corps : ces trois colonnes se réunissent et entrent ensemble dans l'oreillette droite, puis par le trou de Botal dans l'oreille gauche, enfin, dans le ventricule correspondant, qui le chasse par l'aorte (3) dans toutes les parties du corps, mais principalement dans la tête et les membres supérieurs. Rapporté bientôt des parties supérieures, par les veines jugulaires et axillaires, le sang passe dans

(*La suite page* 128.)

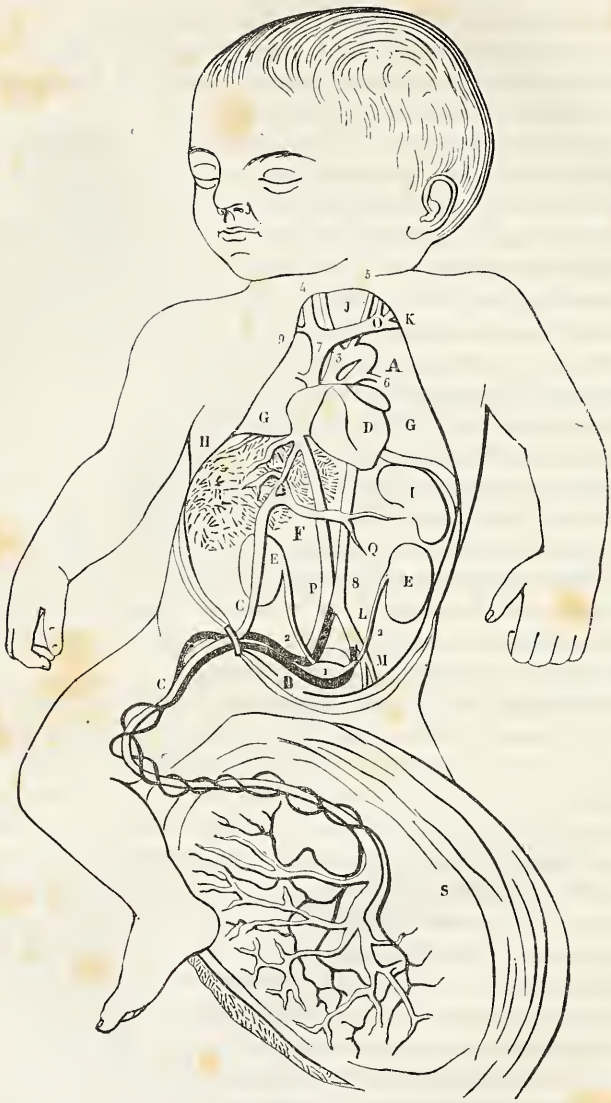
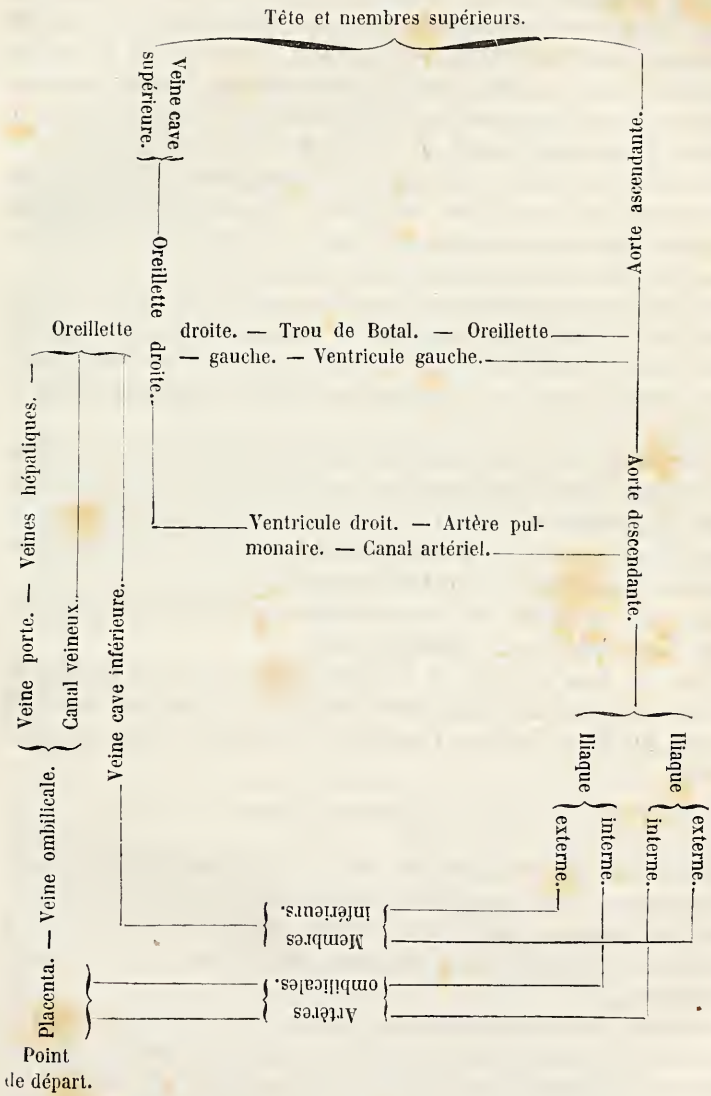


Fig. 68.

A. Canal artériel.
B. Artères ombilicales.
C. Veine ombilicale.
D. Cœur.
E. Reins.
F. Veine porte abdominale.
G. Poumons.
H. Foie.
I. Rate.
J. Thymus.
K. Artère sous-clavière gauche.
L. Artères iliaques primitives.
M. Artères iliaques externes.
N. Canal veineux.
O. Veine sous-clavière gauche.
P. Veine cave inférieure.
Q. Veines rénales.
R. Veine porte.
S. Placenta.
1. Vessie.
2. Uretères.
3. Aorte ascendante.
4. Tronc brachio-céphalique.
5. Carotide primitive gauche.
6. Artère pulmonaire.
7. Tronc de la veine cave supérieure.
8. Aorte.
9. Veine jugulaire interne droite et veine sous-clavière droite.


Tête et membres supérieurs.
Veine cave supérieure.
Oreillette droite.
Aorte ascendante.
Oreillette droite. — Trou de Botal. — Oreillette — gauche. — Ventricule gauche.
Aorte descendante.
Ventricule droit. — Artère pulmonaire. — Canal artériel.
Veine porte. — Veines hépatiques. —
Canal veineux.
Veine ombilicale.
Veine cave inférieure.
Iliaque externe.
Iliaque interne.
Iliaque externe.
Iliaque interne.
Membres inférieurs.
Artères ombilicales.
Placenta.
Point de départ.

les sous-clavières, puis dans la veine cave supérieure (7), qui le conduit dans l'oreillette droite ; mais au lieu de passer par le trou de Botal, le sang passe dans le ventricule correspondant, et celui-ci le chasse dans l'artère pulmonaire (6), qui n'en donne que deux petites ramifications aux poumons, et fait passer la plus grande partie par le canal artériel (A) dans l'aorte descendante. Là, le sang rencontre celui que le ventricule gauche y a déjà poussé : ces deux colonnes se mêlent, parcourent l'aorte descendante ; une petite portion va se distribuer aux membres inférieurs ; la plus grande partie retourne au placenta par les artères ombilicales (B), pour être de nouveau repris par la veine ombilicale (C) dès qu'il aura subi les modifications que lui imprime le contact du sang maternel.

b. Modifications que subit la circulation après la naissance. — A mesure que la respiration s'établit, le sang afflue en plus grande quantité au poumon; il cesse de passer par le trou de Botal, par le canal artériel, etc., et la circulation devient semblable à celle de l'adulte.

Voici dans quel ordre s'effectuent les modifications. Les artères ombilicales, dès le deuxième jour, commencent à s'oblitérer; mais cette oblitération n'est bien complète qu'au bout du troisième ou quatrième jour, et elles ne présentent la forme d'un cordon fibreux qu'après la troisième ou quatrième semaine.

La veine ombilicale et le canal veineux ne s'oblitèrent qu'un peu après les artères, vers le huitième jour.

Quant au trou de Botal et au canal artériel, ils ne se ferment en général qu'au bout de huit jours; Billard les a quelquefois trouvés ouverts au bout de trois semaines, sans que l'enfant en parût souffrir.

§ 12. — Viabilité du fœtus.

On entend par enfant viable, celui qui est apte à vivre de la vie extra-utérine : aussi un enfant peut être viable avant le terme de la gestation, comme il peut très-bien ne pas l'être au terme de la grossesse, s'il est affecté de quelques maladies ou de vices de conformation.

En effet, l'évolution fœtale n'ayant rien de fixe, c'est le degré de perfection des organes, et non l'époque de la grossesse, qui seul peut servir à déterminer la viabilité. Cependant la loi a dû fixer une époque déterminée, et elle a décidé que l'enfant n'était viable qu'à la fin du sixième mois, et que le mari pouvait désavouer l'enfant qui serait né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage.

Si l'on consulte les auteurs, cette mesure, extrêmement sage,

peut très-bien ne pas paraître toujours juste, car on y trouve rapportées des observations d'enfants nés soi-disant avant le sixième mois, qui étaient très-bien portants, et qui, malgré leur petitesse, n'en vécurent pas moins longtemps. Telle est l'histoire, publiée par Van Swieten, de Fortunio Liceti, qui, né avant le sixième mois, aussi petit que la main, vécut cependant jusqu'à soixante-dix-neuf ans, et celle de plusieurs autres enfants nés à la fin du cinquième mois, qui restèrent jusqu'à neuf mois enveloppés dans du coton, exposés à une chaleur douce, et nourris à l'aide de quelques gouttes de lait, qui à neuf mois purent teter, et vécurent autant que s'ils étaient nés à terme.

M. Cunning Bedford, de New-York, dans la traduction anglaise de ce traité, cite, page 69, le cas d'un enfant qu'il mit au monde avant le sixième mois complétement révolu, et qui, à force de soins, fut non-seulement conservé à la vie, mais devint fort et bien portant.

La difficulté qu'on éprouve chez la femme à déterminer d'une manière précise l'époque de la grossesse doit donner à penser que ces enfants étaient plus âgés qu'on ne le supposait, et quoiqu'on ne puisse pas nier absolument que le fœtus ne puisse être viable avant la fin du sixième mois, la rareté de ces faits et les difficultés qu'on éprouve à les constater, doivent permettre de penser que ce n'est qu'à partir du septième mois que le fœtus est le plus souvent viable.

ARTICLE III.

DE LA GROSSESSE COMPOSÉE.

La grossesse est dite composée quand l'utérus contient deux ou plusieurs produits. Il est impossible de saisir la cause de cette anomalie. Les grossesses doubles sont assez fréquentes : sur trente-sept mille quatre cent quarante et un accouchements, les relevés de la Maternité de Paris donnent quatre cent quarante grossesses doubles. Les grossesses triples, quoique moins fréquentes, ne sont pas cependant très-rares [1] ; mais les grossesses quadruples sont si rares, que quelques auteurs les ont révoquées en doute ; on en cite cependant quelques exemples. Peu assure qu'il existait à l'Hôtel-Dieu cinq enfants vivants d'une seule couche.

Mais, quant aux grossesses de six, de sept, il est permis de n'y pas croire, pour ajouter foi à des faits si extraordinaires, il leur faudrait un degré d'authenticité qui manque à la plupart d'entre

[1] J'en ai observé deux que je citerai plus loin.

eux. De plus, si les exemples cités sont exacts, il est fort douteux que ce soit autrement que par l'anatomie pathologique ou l'avortement spontané, qu'on ait pu constater la présence d'un aussi grand nombre de fœtus dans la matrice. Comment admettre, en effet, que l'utérus ait pu suffire à un pareil développement, même jusqu'à cinq ou six mois, à plus forte raison jusqu'à terme.

Quant aux causes qui peuvent produire une semblable anomalie, elles sont tellement obscures, que les nombreuses hypothèses émises à cet égard n'ont pu jeter encore aucun jour sur cette question.

La grossesse multiple a-t-elle lieu parce que deux ou un plus grand nombre de vésicules sont rompues à la fois, et laissent par conséquent échapper deux ou plusieurs ovules fécondés, ou bien dépend-elle de ce que la même vésicule contient deux ou plusieurs ovules ?

Il est impossible de se prononcer à cet égard. La dernière opinion semblerait cependant la plus probable : en effet, on a quelquefois rencontré deux ovules dans la même vésicule de Graaf, et deux vitellus dans le même ovule.

On reconnaît quatre espèces de grossesses jumellaires.

A. Dans la première, deux ovules sont fécondés dans une caduque commune, et chaque produit est enveloppé d'un amnios et d'un chorion particulier. Ces loges, formées du chorion et de l'amnios, sont unies entre elles par un tissu cellulaire très-fin, d'où il résulte que chaque cloison membraneuse qui sépare les produits est composée de quatre feuillets, deux amnios, deux chorions. Les placentas se confondent souvent entre eux, ou sont unis par une espèce de pont membraneux ; mais, malgré cette disposition, dans la plupart des cas, il n'existe pas le plus ordinairement entre eux de communications vasculaires.

B. Dans la seconde espèce, l'ovule contient deux embryons qui sont, chacun, enveloppés d'un amnios différent, mais qui sont contenus dans un chorion et une caduque commune : chaque cloison n'est alors composée que des deux feuillets des amnios. Dans ce cas, le placenta est unique, et il existe presque toujours de nombreuses communications vasculaires entre les deux points où s'insèrent les cordons des produits [1].

C. Dans la troisième, les embryons sont renfermés dans une seule loge, et n'ont aussi qu'un placenta.

D. Enfin, dans la quatrième, un ovule en contient un autre : c'est

[1] Mon ami le docteur Ameuille, dans un accouchement de trois jumeaux isolés, dans lequel la rupture de chaque œuf a eu lieu à un quart d'heure d'intervalle, a constaté que le placenta était unique, parfaitement régulier ; une seule caduque et un seul chorion enveloppaient trois poches distinctes formées par l'amnios.

cette disposition qui donne lieu aux monstruosités par inclusion.

§ 1. — **Diagnostic.**

La présence de plusieurs enfants peut-elle être reconnue dans l'utérus avant l'accouchement ? Le volume du ventre et la multiplicité des mouvements actifs, l'audition des battements de plusieurs cœurs, seraient les seules raisons sur lesquelles on devrait se fonder pour présumer que l'utérus contient plusieurs produits. Mais on sent combien ces investigations offrent peu de certitude. Il n'enest pas de même des signes à l'aide desquels on peut reconnaître la présence de deux jumeaux. L'ampleur, et non la forme du ventre, quoiqu'on ait assuré que dans ce cas l'utérus est bilobé, peut servir à donner des présomptions en faveur d'une grossesse double. A l'aide du palper abdominal, si l'utérus est peu distendu par le liquide amniotique, on peut souvent reconnaître les différentes parties fœtales et leur situation. Ainsi, il est possible de constater qu'au sommet de l'œuf, il existe deux tumeurs, l'une à droite et en haut, solide, sphérique, formée par la tête d'un enfant ; l'autre, à gauche et en haut, moins solide, plus anfractueuse, réunie à de petites parties mobiles, constituée par l'extrémité pelvienne d'un autre enfant. En outre, les mouvements actifs sont perçus dans plusieurs points à la fois : ainsi, les petits coups communiqués à la mère par les extrémités inférieures sont sentis, en haut et en bas, dans deux points opposés. Quant au ballottement vaginal, il devient bien difficile, souvent impossible, de le déterminer par suite de la situation des deux produits : en effet, gênés l'un par l'autre dans la cavité qui les contient, ils ne reposent pas sur le segment inférieur de l'utérus, et n'en peuvent être chassés par le doigt. M. Velpeau cite cependant un cas où Désormeaux avait méconnu une grossesse double, par suite de la facilité avec la quelle il avait déterminé le ballottement.

Fig. 69.

L'auscultation peut être ici d'un puissant secours. Elle permet de préciser deux points de l'abdomen où l'on entend deux summums d'intensité des battements du cœur du fœtus (I), sans iso-

chronisme, l'un au-dessus de la ligne transversale et à droite, l'autre au-dessous et à gauche. Il faut dire cependant que si les fœtus sont placés au-devant l'un de l'autre, on peut n'entendre que les battements d'un seul cœur.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas très-difficile de diagnostiquer une grossesse double. Il y a vingt ans, chez une dame que j'ai depuis plusieurs fois assistée, j'ai annoncé l'expulsion de deux jumeaux. Je l'ai pu aussi constater deux fois à la Clinique, une fois avant l'accouchement, une fois pendant le travail, et plusieurs fois depuis en ville.

§ 2. — Terminaison.

Quant au mode de terminaison, il varie suivant l'espèce de grossesse double. Ainsi, dans la première espèce, *deux fœtus contenus dans une même caduque, ayant chacun un amnios et un chorion particulier*, ordinairement les deux fœtus sont expulsés à la même époque; mais cependant l'expulsion du second ne suit pas toujours immédiatement la sortie du premier, elle se fait quelquefois attendre quelques heures. L'utérus peut aussi, par suite de l'énorme distension qu'il éprouve, se contracter prématurément, et un produit peut être expulsé avant terme, tandis que l'autre, retenu par la rétraction de l'orifice interne, ne naîtra que quelques jours, quelques semaines même après son frère. C'est à ces cas, qui ne sont pas très-rares, qu'il faut certainement rapporter ces observations de superfétation citées dans les auteurs. L'un des produits peut cesser de vivre et être expulsé ou rester contenu dans la cavité utérine, l'autre continuant à s'accroître ; et, dans ce second cas, le fœtus mort peut être expulsé en même temps que celui qui est arrivé à terme, ou bien rester encore longtemps après lui dans la cavité utérine, s'y momifier, s'y dessécher.

On cite des faits d'enfants expulsés ainsi plusieurs années après la naissance de l'autre jumeau ; j'ai vu un produit de cette nature trouvé chez une vieille femme de la Salpêtrière (1).

Dans la seconde espèce, *où la caduque et le chorion sont communs aux deux fœtus*, l'expulsion des produits doit se faire à la même époque. Cependant il n'est pas impossible que le second enfant ne soit encore expulsé que quelques heures après le premier, si la rupture de la poche ne s'opère que dans le point du chorion correspondant à l'amnios d'un des produits, et si l'autre amnios reste intact.

Dans la troisième espèce, *fœtus renfermés dans la même loge*, ici l'expulsion des deux produits ne peut qu'être simultanée. Cette ano-

1 Voyez J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, livraisons XXVIII et XXXVII, in-fol., fig. col.

malie, la plus rare de toutes, paraît contredire formellement la théorie nouvellement émise sur la formation de l'amnios. Cette membrane, d'après cette théorie, émanerait du produit lui-même, ce qui oblige alors à admettre autant d'amnios que de produits, et non pas un seul amnios pour deux fœtus ; à moins cependant que dans ce cas les deux feuillets des amnios adossés, formant la cloison séparative, n'aient disparu à une époque quelconque de la grossesse.

Dans la quatrième, *monstruosités par inclusion*, les deux fœtus n'en constituant qu'un seul, l'expulsion est la même que dans le cas de fœtus unique.

Dans les grossesses triples, ordinairement chaque enfant est contenu dans un amnios particulier. Quant aux autres combinaisons, elles sont les mêmes que celle que je viens de décrire pour la grossesse gémellaire.

Dans un cas de trijumeaux que j'ai observé, et que je rapporterai plus loin à l'article *Présentation de deux têtes*, il existait deux placentas, dont l'un était commun aux deux plus petits fœtus ; entre les placentas entièrement séparés, il n'existait aucune communication vasculaire. Chacun des produits était contenu dans un amnios isolé, mais deux d'entre eux avaient un seul chorion, tandis que le troisième avait un chorion particulier.

Une seule caduque enveloppait les œufs, suivant toute probabilité ; car, ni M. Coste, ni mon ami M. Devilliers, ni moi, nous ne pûmes trouver aucun vestige de cette membrane dans les cloisons séparatives des œufs.

Quant au mécanisme propre de ces diverses expulsions, aux précautions qu'elles exigent, aux difficultés qu'elles déterminent, voyez à la suite de chaque présentation, de chaque manœuvre, à l'article *Délivrance*.

CHAPITRE II.

DE LA GROSSESSE ANORMALE.

ARTICLE Ier.

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

L'ovule fécondé, au lieu de pénétrer jusqu'à la cavité utérine dans laquelle il doit se développer, peut se dévier plus ou moins de la route qu'il devrait suivre, s'arrêter en différents points de son tra-

jet, et s'accroître dans le lieu où il se trouve arrêté. La grossesse est dite alors extra-utérine.

Suivant le lieu où s'est greffé l'œuf, on a admis plusieurs espèces de grossesses extra-utérines.

1° *Grossesse ovarique.* — L'ovule, dans cette espèce, se développe dans l'ovaire même ou à sa surface. Dans le premier cas, la grossesse est dite ovarique interne ; dans le second, elle est dite ovarique externe.

Je crois qu'il est bien difficile, je regarde même comme impossible, de distinguer ces deux espèces l'une de l'autre; c'est probablement cette circonstance qui a engagé M. Velpeau à nier la possibilité de la grossesse ovarique interne. En effet, toujours l'ovaire, dans ces deux cas, se trouve compromis par le développement de l'ovule, à tel point qu'il est souvent impossible d'en trouver la plus légère trace.

2° *Grossesse sous-péritonéo-pelvienne.* — Dans ce genre, l'ovule se développe entre les deux feuillets du ligament large, en dehors du péritoine et de la cavité pelvienne.

3° *Tubo-ovarique.* — Une partie de l'ovaire, une partie de la trompe dilatée, constituent le kyste dans lequel le fœtus est contenu.

4° *Grossesse abdominale.* — Cette variété, dans laquelle l'ovule se développe dans la cavité abdominale, est divisée en primitive et secondaire. Primitive, quand le produit greffé sur un point de la cavité abdominale ne l'a jamais quitté ; secondaire, lorsque, par suite de la rupture de sa cavité primitive, l'utérus, la trompe ou l'ovaire, etc., le produit a pénétré dans la cavité abdominale.

5° *Grossesse tubaire.* — Cette espèce de grossesse extra-utérine est la plus commune de toutes; elle est constituée par le développement du produit dans un point de la longueur de la trompe même, comprise entre son pavillon et la surface externe de l'utérus.

6° *Grossesse tubo-interstitielle.* — L'œuf s'arrête dans cette portion de la trompe qui rampe dans l'épaisseur des parois utérines et s'y développe.

7° *Grossesse interstitielle.* — L'œuf, comme dans la précédente espèce, s'est arrêté dans la trompe ; mais, au lieu de s'y développer, il se fait jour à travers les parois de la trompe, et pénètre entre les couches fibreuses même de l'utérus, où il s'accroît.

8° *Grossesse utéro-tubaire.* — L'ovule s'est développé en partie dans la trompe, en partie dans l'utérus ; cette variété est niée par M. Velpeau.

9° *Grossesse tubo-abdominale.* — Fœtus développé dans l'abdomen, placenta inséré dans l'utérus, cordon ombilical, parcourant toute

la trompe pour mettre le fœtus en communication avec le placenta. Hunter, Patuna, Hofmeister, rapportent chacun un exemple de cette variété, de toutes la plus rare (1).

§ 1. — Anatomie pathologique.

Dans les grossesses extra-utérines, l'œuf possède l'amnios; il possède aussi le chorion; c'est du moins ce que les théories nouvelles sur le développement de l'œuf obligent à admettre. En effet, sans chorion, pas d'allantoïde, et sans allantoïde, pas de circulation possible entre le produit et la mère.

Dans quelques cas de grossesses extra-utérines anciennes, on n'a, il est vrai, pas toujours pu retrouver le chorion; mais son absence ne tenait, dans ce cas, très-probablement qu'à sa fusion dans les parois du kyste.

Le produit et ses membranes sont contenus dans un kyste pseudo-membraneux qui représente la caduque, dans la grossesse sous-péritonéo-pelvienne et l'abdominale secondaire. Ce kyste n'existe pas dans la grossesse abdominale primitive.

Les parties de la mère sur lesquelles l'œuf est greffé deviennent le siége d'un afflux sanguin considérable, des vaisseaux volumineux rampent sous le péritoine au lieu où le placenta est inséré.

L'utérus, par sympathie, se développe, son tissu se ramollit, sa surface interne se revêt d'une membrane qui présente tous les caractères de la caduque.

§ 2. — Causes de la grossesse extra-utérine.

Les causes des grossesses extra-utérines sont encore enveloppées d'une obscurité complète. On admet généralement qu'un effroi soudain, au moment de la fécondation, peut changer le cours ordinaire des choses, et que l'ovule, n'étant pas saisi par la trompe, se développe dans ou sur l'ovaire, ou enfin tombe dans la cavité abdominale, etc., etc. Mais comment admettre cette opinion, quand on sait que l'ovule n'abandonne l'ovaire que quelques jours après la fécondation, ou quelques jours avant, d'après les nouvelles idées émises par MM. Négrier, Gendrin, Raciborski, etc., sur la ponte périodique.

Il faudrait, pour expliquer l'influence du saisissement sur la marche de l'ovule, admettre que ce saisissement a juste coïncidé avec

[1] Voyez, pour plus de détails, les savantes recherches de MM. Velpeau, Breschet, Dezeimeris, et celles récentes de Gerdy (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. VI, p. 1045).

le moment où l'ovule s'est échappé de la vésicule de Graaf. Envisagée sous ce point de vue, cette manière de voir prendrait quelque crédit.

M. Velpeau attribue cet accident aux anomalies et aux affections dont la trompe peut être le siége, telles que l'étroitesse, le défaut de continuité, les déviations, le défaut de longueur, l'engorgement, l'endurcissement, la paralysie, le spasme, etc. Cette opinion, sans contredit, est la plus fondée. Dans quelques-uns des cas de grossesse extra-utérine, on a pu, en effet, constater une anomalie de ce canal. G. Breschet [1], MM. Gaide, Ménière, Mayer, ont cité plusieurs cas d'oblitération de l'orifice utérin de la trompe, coïncidant avec la grossesse extra-utérine.

§ 3. — Diagnostic.

Les signes qui caractérisent une grossesse extra-utérine sont si fugaces dans les premiers mois, qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de la distinguer d'une vraie grossesse ou d'un engorgement utérin [2]. Ainsi, immédiatement après la conception, la femme éprouve des douleurs abdominales semblables aux coliques qui signalent le commencement d'une vraie grossesse ; quelquefois une douleur fixe dans une des fosses iliaques. A une époque plus avancée, les modifications du corps et du col de l'utérus, qui accompagnent toujours le développement d'un produit extra-utérin, doivent induire en erreur, en faisant croire à une grossesse normale, surtout si les règles cessent de se manifester, et, dans ce cas, on les a vues ne reparaître qu'après le terme où l'accouchement aurait dû s'effectuer, souvent même ne jamais couler tant qu'a duré la grossesse extra-utérine. Cependant le contraire peut avoir lieu tout aussi souvent, et l'on a vu la menstruation n'être en aucune manière troublée par cette conception anormale. Ces mêmes variatio ns se rencontrent dans la sécrétion laiteuse ; mais lorsque le

[1] *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1832, t. II, p. 122.

[2] Nous vîmes cependant cette année 1849, M. Ricord et moi, un médecin, qui s'est cependant beaucoup occupé de tout ce qui regarde la génération, affirmer à madame de C***, qui pensait être grosse de trois mois, qu'elle portait une grossesse extra-utérine ; il lui laissa un dessin représentant la situation du fœtus, et lui détailla les procédés opératoires qu'il se proposait de mettre en usage (*la gastrotomie*) ! ! Cette pauvre dame, terrifiée, vit le médecin noir, et elle ne fut ni plus éclairée ni plus rassurée. Enfin, une consultation avec MM. Andral et Velpeau devait avoir lieu le samedi, lorsque le jeudi je constatai l'existence d'une grossesse parfaitement normale ; j'annonçai même que la patiente allait accoucher dans la nuit, ce qui arriva On avait percé les membranes *en sondant l'utérus*, pour constater la prétendue vacuité de l'utérus et, par suite, l'existence d'un produit extra-utérin.

développement de l'abdomen est manifeste, la forme irrégulière du ventre, partagé en deux tumeurs, dont l'une est constituée par l'utérus, l'autre par la grossesse anormale, permet de diagnostiquer cette espèce de grossesse. Le toucher sera surtout, dans ce cas, d'un grand secours ; il permettra de constater la vacuité de l'utérus, son isolement de la tumeur où est contenu le produit et le changement de situation que le développement de cette tumeur lui a fait subir. Enfin si la partie inférieure du kyste a pris la place de l'utérus au détroit supérieur, on n'atteindra le col qu'avec une extrême difficulté, mais aussi il sera facile de déterminer le ballottement à travers les parois de cette tumeur. J'ai pu percevoir ce signe sur la femme opérée par M. P. Dubois, à la Clinique, avant mon entrée en fonction ; il était si manifeste, qu'il a été pour ce professeur une circonstance déterminante de l'opération. (Voyez ci-après, page 140.)

Par le palper abdominal, on distingue facilement les mouvements actifs et passifs du produit, qui sont perçus douloureusement par la mère.

L'auscultation est ici encore d'un puissant secours pour établir d'une manière certaine l'existence d'un produit vivant.

§ 4. — Marche.

Au terme ordinaire de la grossesse, ce qui est rare, le plus souvent bien avant cette époque, surviennent les douleurs de l'enfantement qui se prolongent souvent pendant trois ou quatre jours, quelquefois bien plus longtemps. Si la grossesse dure plusieurs années, ces douleurs peuvent revenir à des intervalles variés et continuer pendant plusieurs semaines; dans ce cas, on les a vues se manifester à chaque époque correspondant au terme de la gestation.

La durée de la grossesse extra-utérine est très-variable; elle est de quelques semaines ou peut se prolonger pendant plusieurs années. Abandonnée à elle-même, elle se termine ordinairement par la rupture du kyste à une époque indéterminée, mais qui cependant ne dépasse pas le plus souvent le milieu de la grossesse.

Cette rupture entraîne presque nécessairement la mort du produit; quelques fœtus ont cependant continué de vivre après cette rupture. Elle s'accompagne des phénomènes les plus graves. Ainsi, une hémorrhagie qui fait périr la mère presque instantanément; ou bien, si l'hémorrhagie s'arrête, une péritonite consécutive, déterminée par le passage du produit, des eaux, du sang dans la ca-

vité péritonéale, et qui occasionne presque toujours la mort. Deux circonstances peuvent alors se présenter : ou la mère succombe, ou la péritonite peut céder aux moyens employés pour la combattre, et alors les débris de la grossesse peuvent s'envelopper d'un nouveau kyste, et séjourner dans la cavité abdominale durant toute la vie de la malade. Dans ce cas, le produit semble avoir subi un desséchement complet, une sorte de momification ; souvent aussi les tissus se transforment en une substance osseuse crétacée, ou semblable au gras du cadavre ; quelquefois, comme on l'a observé longtemps après le terme de la grossesse, si la rupture du kyste n'a pas produit la mort de l'enfant, et s'il a pu vivre pendant un certain temps dans sa nouvelle demeure, on trouve le développement du système osseux plus grand que chez le fœtus à terme. Quelquefois même, on a constaté l'existence de plusieurs dents ; mais ces cas sont rares, et le plus ordinairement l'enfant périt, les parties molles du produit subissent une fonte putrilagineuse, et l'on trouve les débris du squelette, macérés dans un mélange de sang, de liquide amniotique et de pus; les enveloppes se détruisent, des trajets fistuleux les mettent en communication, soit avec l'extérieur par la paroi abdominale ou le périnée, soit avec le canal intestinal, l'estomac, le vagin, l'utérus, la vessie et le rectum. Dans tous les cas, ces débris sortent par ces voies diverses.

Souvent alors, la suppuration du foyer épuise la malade ; d'autres fois, la suppuration se tarit, la plaie se cicatrise ou se réduit à un simple ulcère fistuleux, et la femme peut encore vivre de longues années.

La science a déjà enregistré plus d'un fait de grossesse heureusement terminée, malgré l'existence antérieure d'une grossesse extra-utérine dont le produit était demeuré dans l'abdomen. Drake, Middleton, Daynac, etc., ont signalé des cas de ce genre. M. le docteur Vardley a donné (1) l'histoire d'une femme qui mit au jour un enfant bien développé et à terme, malgré la présence dans l'abdomen, depuis quinze ans, d'un fœtus extra-utérin presque aussi développé qu'à terme. La présence de la tête du fœtus extra-utérin avait même pendant un temps fait obstacle, au détroit supérieur, à l'engagement du fœtus que la matrice expulsait; ce dernier vint mort. Plusieurs années après, vers la fin de 1844, un abcès se fit jour par le rectum ; des débris d'os furent évacués, une incision fut faite à la paroi vaginale, et le reste du fœtus fut extrait. La femme guérit complétement.

[1] *Abeille médicale*, 1846.

§ 5. — Traitement.

Dans les premiers mois d'une grossesse extra-utérine, que par exception on aurait pu constater d'une manière certaine, toute opération doit être proscrite, le remède serait plus grave que le mal. On doit s'en tenir à des moyens généraux, tels que les saignées abondantes et souvent répétées, pour prévenir les congestions locales qui pourraient se faire au voisinage du kyste et en favoriser la rupture. Dans le cas même où cette rupture se serait effectuée spontanément, on doit s'attacher uniquement à prévenir et à modérer l'abondance de l'hémorrhagie par le repos, les réfrigérants, saignées, etc., et à combattre les phénomènes de péritonite consécutive par les moyens appropriés.

Dans le cas même où, dans une grossesse extra-utérine bien certaine et parvenue à une époque voisine du terme, un commencement de travail viendrait à se manifester, l'accoucheur ne peut et ne doit avoir en vue que de faire cesser ce commencement de travail par les moyens conseillés à l'article *Avortement* (*laudanum en lavement*), et jamais il ne doit, dans l'intérêt du produit, afin de l'extraire vivant, pratiquer la gastrotomie, et vouer ainsi la mère à une mort certaine.

En effet les dangers de l'opération sont encore bien plus grands si cela est possible, que dans la gastrotomie faite dans le cas de grossesse normale. Le placenta ne se sépare pas de lui-même de la surface interne du kyste, il y adhère si intimement qu'il semble en faire partie intégrante. Son extraction présente alors de très grandes difficultés et des dangers incalculables.

De plus, comment se décider à pratiquer une telle opération, quand on sait que la malheureuse femme qui l'aura subie, si elle n'a pas succombé immédiatement, sera livrée à une mort presque infaillible, qui n'arrivera que lentement et au milieu des plus atroces douleurs.

Enfin, je n'hésite pas à dire que si le travail n'avait pu être enrayé par l'opium, le kyste étant resté intact, on ne serait en aucune manière autorisé à pratiquer la gastrotomie ; à plus forte raison, si le kyste était rompu.

L'art ne peut utilement intervenir que lorsque les phénomènes primitifs sont passés, qu'il y ait eu ou non rupture du kyste ; mais il ne faut pas se hâter, il faut laisser au kyste de nouvelle formation le temps de se constituer, ce qui est assez long, et encore l'opération ne devrait être tentée que pour prévenir des accidents imminents, ou pour soustraire la femme à un état de souffrance habituelle qui lui rend la vie à charge.

Cependant, le cas cité à la page précédente fait exception à cette

règle, et je vais rapporter succinctement une autre observation de grossesse extra-utérine, que j'ai recueillie à la Clinique, avant mon entrée en fonction, et qui a été publiée par M. Voillemier, alors interne de la Clinique d'accouchement.

Une femme se présenta portant, depuis vingt-deux mois, une grossesse extra-utérine. Elle était assez bien portante, mais la gêne que lui faisait éprouver cette infirmité lui rendant la vie insupportable, elle supplia M. P. Dubois de faire tout pour la délivrer. La tête du fœtus était sentie parfaitement au détroit supérieur, à travers la paroi supérieure et postérieure du vagin; de plus, ce qu'il est bien important de rappeler, c'est que cette tête jouissait d'une très-grande mobilité, à tel point que le ballottement vaginal pouvait s'effectuer comme dans une grossesse normale. M. P. Dubois m'autorisa à le constater par moi-même. D'après ces dispositions favorables, M. P. Dubois espéra, à l'aide d'une incision faite à la paroi supérieur du vagin, et par conséquent, inférieure du kyste, pouvoir saisir, avec le forceps, cette tête mobile; et, certes, cette espérance était tout à fait fondée. Cependant, avant de se résoudre à une opération de cette importance, il jugea bon de prendre l'avis de quelques confrères. J'étais présent à cette consultation, et personne, sans aucune exception, ne s'opposa à l'opération : tous, après examen, jugèrent qu'elle était possible. Il est donc inexact, comme cela a été avancé depuis, que l'opération ait été faite malgré une vive opposition de M. Moreau.

Les parois du kyste et du vagin incisées, on s'aperçut qu'il existait des adhérences entre le kyste et le cuir chevelu, et que la mobilité n'existait qu'entre les os et le cuir chevelu. Il était impossible donc de songer à saisir la tête ; il fallut renoncer à l'opération. C'est alors seulement que, pour ne pas participer à l'insuccès qu'on redoutait, on se hâta de dire qu'on n'avait pas été d'avis que l'opération fût pratiquée.

Néanmoins l'opération eut un plein succès, non pas immédiatement, mais ultérieurement. Au bout de quelques jours, les parois du kyste s'enflammèrent, une fonte putride détacha petit à petit les parties fœtales ; les os détachés furent peu à peu extraits à l'aide de longues pinces et d'injections ; le foyer se détergea, la fistule se ferma, et la femme sortit de l'hôpital dans un état de santé parfait. Deux ou trois mois après, cette fistule se rouvrit de nouveau pour donner issue à un tibia qui manquait pour compléter tous les os du squelette; la femme nous apporta elle-même cet os. Depuis ce temps, elle n'a cessé de jouir de la meilleure santé.

CHAPITRE III.

DE LA FAUSSE GROSSESSE, OU DES AFFECTIONS QUI PEUVENT SIMULER LA GROSSESSE.

ARTICLE Ier.

RÉTENTION DES MENSTRUES.

L'accumulation des règles dans la cavité de l'utérus peut faire croire à une grossesse; l'erreur est possible dans les premiers mois de la suppression ; car cette rétention détermine souvent les réactions sympathiques qui constituent les signes de présomption ; la difficulté qu'on éprouve à constater la grossesse dans les premiers mois, comme je l'ai dit à l'article *Diagnostic de la grossesse*, permet aussi de rester tout à fait dans le doute. Mais, quand la suppression se prolonge, quand alors l'accumulation est considérable, il est facile de la différencier d'une grossesse avancée qui simule ce développement anormal de l'utérus. L'absence des mouvements actifs, des bruits du cœur, du ballottement abdominal ou vaginal, la forme ovoïde régulière du ventre, etc., etc., permettent d'établir qu'il n'y a pas grossesse. Le développement du ventre, qui se fait par saccades, augmente, diminue pour augmenter bientôt après, surtout aux époques menstruelles, sert à caractériser l'espèce de maladie qui simule la grossesse. Le plus ordinairement le toucher fera reconnaître une imperforation de l'hymen, ou une occlusion du col utérin, plus rarement une adhérence des parois vaginales.

Traitement. — S'il y a occlusion du col, on se servira, pour donner issue au sang, d'une sonde d'argent, d'un mandrin, d'un stylet ou de tout autre corps semblable, introduit dans le col; cela suffira presque toujours pour détruire l'obstacle, quand il est dû à une simple agglutination ; mais, s'il ne pouvait être vaincu par ce moyen, on sera forcé de se servir d'un long trois-quarts ou d'un bistouri, dont la lame est garnie de linge, excepté à la pointe. La ponction faite, on introduit une mèche pendant quelques jours pour empêcher la réunion de la plaie. Si la consistance du liquide accumulé l'empêchait de sortir par une ponction, il faudrait pratiquer une incision assez étendue.

S'il y a occlusion du vagin par un simple diaphragme situé plus ou moins profondément, comme dans le cas rapporté par M. Cabaret, de Saint-Malo, une incision [1] cruciale devra être faite. Quand l'ob-

[1] *Abeille médicale.*

stacle est déterminé par l'union des parois vaginales entre elles, l'opération est bien difficile et bien dangereuse; cependant, à l'aide d'une dissection minutieuse, on peut y parvenir. M. Amussat compte un succès de ce genre.

Fort heureusement, c'est à la vulve que l'obstacle se rencontre le plus souvent; il est alors constitué par l'hymen, et le sang occupe le vagin et non l'utérus. La tumeur bombe entre les lèvres de la vulve, on y sent une fluctuation manifeste. Dans ce cas on incise largement les téguments; si l'on ne sentait pas de fluctuation, on n'inciserait que couche par couche de dehors en dedans. Il est bon même, dans l'un et l'autre cas, d'enlever les lambeaux qui résultent souvent de l'incision, pour rendre la cicatrice plus régulière.

M. Hervez de Chégoin a souvent fait cette opération, et elle a eu, dans ses mains habiles, le meilleur résultat. Dans un cas même, il est allé chercher jusque dans la cavité utérine le liquide accumulé par suite de l'occlusion du col utérin. Cette belle opération a eu un plein succès.

ARTICLE II.

HYDROMÈTRE ET TYMPANITE.

L'accumulation dans l'utérus d'un liquide clair, légèrement citrin, quelquefois mélangé de sang, peut aussi simuler une grossesse. Il en est de même de l'accumulation de gaz, ou *tympanite utérine*. Dans le premier cas, la méprise est souvent possible aussi avant le troisième ou le quatrième mois. En effet, cet accident s'accompagne de rétention des règles et d'une grande partie des signes de présomption; mais, après cette époque, la méprise ne peut plus avoir lieu. Cependant on cite des exemples de grossesses aqueuses qui, n'ayant apporté aucun trouble dans l'économie, avaient été prises pour de vraies grossesses jusqu'à un terme avancé. Une de mes parentes, fille d'un accoucheur fort expérimenté, et accouchée déjà deux fois fort heureusement, en a présenté un exemple très-remarquable. Après une suppression de huit mois, elle rendit une grande quantité d'eau, et son ventre, développé comme à terme, s'affaissa subitement, sans que sa santé en ait éprouvé la plus légère atteinte.

L'existence de ces affections *hors l'état de grossesse* a été révoquée en doute par un homme dont l'opinion fait autorité dans la science, M. Nægèle. Cette opinion, je la partage de tout point. En effet, dans les cas, soit d'hydromètre ou de tympanite, soumis à mon observation, les femmes, la plupart en état de mariage, rendirent des môles, des hydatides ou autres produits de conception, en même temps que

le liquide ou le gaz contenus dans l'utérus ; et je crois que si l'on a cru à l'existence isolée de ces affections, c'est que les produits développés dans l'utérus avaient été chassés hors de sa cavité à l'insu des observateurs. Je crois que c'est ce qui est arrivé dans les faits que M. Tessier (de Lyon) a cités pour combattre l'opinion de M. Nægelé. L'observation rapportée par lui, d'après Lisfranc, où la malade rendit une môle charnue de la grosseur d'un œuf de poule, en est une preuve à mon sens.

Quoi qu'il en soit, si cet accident est déterminé par les mêmes causes que la rétention du sang, on y remédie par les mêmes moyens.

Dans le deuxième cas, ou *tympanite utérine*, l'utérus est extrêmement léger, et l'on y perçoit par la percussion une résonnance caractéristique. Cette maladie requiert les mêmes indications que la précédente.

ARTICLE III.

DES PHÉNOMÈNES NERVEUX OU HYSTÉRIQUES SIMULANT LA GROSSESSE.

Les femmes qui ont un grand désir de devenir mères ont cru souvent à la réalité d'une grossesse qui n'existait pas. J'ai cité dans le diagnostic l'exemple de femmes chez lesquelles l'illusion était si grande, qu'elles allaient jusqu'à soutenir qu'elles sentaient remuer. Ces faits, au reste, ne sont pas rares ; M. Velpeau en a réuni un assez grand nombre.

Une dame qui sentait remuer très-fort, et chez laquelle, à l'aide de la plessimétrie, on avait diagnostiqué une grossesse de quatre mois et demi, chez laquelle une somnambule avait positivement vu le produit, placé même en travers, vint me consulter sur la réalité de sa grossesse. Je me prononçai pour la négative. M. Jacquemin fut du même avis ; et cependant la malade n'en demeura pas moins convaincue pendant dix-huit mois qu'elle était enceinte, parce qu'elle sentait toujours remuer. Quinze ans après j'étais l'accoucheur de toutes les jeunes femmes de cette famille, sur le désir exprès de cette dame.

D'autres moins sensées me tinrent rigueur de ce que leurs espérances avaient été déçues.

Ainsi, une autre dame, à laquelle nous donnions des soins, M. Grisolle et moi, éprouva un retard pendant un séjour qu'elle fit aux eaux d'Ems, qui ont, entre autres propriétés merveilleuses, celle de faire cesser la stérilité. Elle se crut enceinte ; et comme une grande partie des signes de présomption existaient chez cette dame, nous crûmes pouvoir lui laisser concevoir l'espérance d'une grossesse. Mais

quatre mois s'étaient écoulés, et il ne s'était encore manifesté comme signe de probabilité que les mouvements actifs perçus par la mère seulement ; et, comme l'état de santé de cette dame nous faisait douter alors de la réalité de sa grossesse, nous insistâmes pour procéder à un examen auquel jusqu'alors elle s'était refusée. Elle ne voulut pas même de l'auscultation, parce qu'elle sentait remuer si fort, qu'elle était certaine d'être grosse. Force nous fut d'attendre ; mais malheureusement le temps vint détruire son espoir. Elle n'avait eu qu'un simple retard, qui avait déterminé toutes les réactions sympathiques qui constituent la plupart des signes de présomption.

En 1852, une autre cliente de M. Cherest, pour laquelle il me consulta, que vit aussi M. Moreau, malgré nos affirmations, voulut être enceinte ; elle sentait manifestement remuer, signalait à ses amies l'erreur que nous avions commise ; le terme de neuf mois arriva, elle attend encore son accouchement.

Enfin, la femme d'un confiseur que tout Paris connaît se crut grosse à quarante ans. Elle retint une nourrice, fit tous ses préparatifs pour un accouchement certain. Son médecin, homœopathe, crut de son devoir de l'entretenir, pendant dix-huit mois, dans cette erreur qui lui était si chère ; elle ne me pardonna jamais de l'avoir détrompée.

Madame B..., cliente de M. Caffe, sentait manifestement les mouvements de son enfant, et demeura aussi persuadée qu'elle était grosse ; une somnambule d'ailleurs le lui avait affirmé. Le moyen de douter. Cependant il n'en était rien non plus.

Je pourrais citer une multitude de faits semblables.

ARTICLE IV.

DE LA GROSSESSE MOLAIRE.

On entend par môle une production anormale développée dans l'utérus, sans altération manifeste de la cavité utérine. On en a admis une foule de variétés ; les plus communes sont les suivantes :

Môle charnue. — Espèce de concrétion membraneuse qui se dépose dans l'utérus aux époques menstruelles.

Corps fibreux, ou caillots de sang dégénérés. — Ces deux variétés peuvent également se rencontrer chez la jeune vierge et chez la femme mariée. Mais les suivantes, qui sont, à n'en pas douter, des dégénérescences de produits de conception, ne se rencontrent que chez la dernière.

a. Môle de génération. — Un examen attentif permet presque tou-

jours d'y retrouver des restes de tissus naturels. La dégénérescence affecte le produit ou ses enveloppes. Si l'œufn'est pas expulsé, quand c'est le produit qui a été affecté, il en résulte quelque monstruosité; si l'état pathologique a porté sur les annexes, une véritable môle se constitue. Dans ce dernier cas, l'embryon et son cordon sont complétement détruits, résorbés ou chassés par une déchirure de l'œuf, et il n'en reste plus de vestiges. Alors une masse plus ou moins volumineuse, ayant des formes variées, est expulsée. Le plus ordinairement elle est ovoïde ; elle contient un liquide plus ou moins clair, plus ou moins coloré. On y retrouve souvent l'amnios intact et seulement des traces des autres membranes, ou bien le chorion seul ; quelquefois ces membranes existent toutes les deux avec des lambeaux de caduque. J'en ai observé plusieurs de cette nature, entre autres une qui pouvait avoir 13 centimètres et demi de long. Les affections diverses de la caduque qui ont été signalées par M. Devilliers fils peuvent aussi donner lieu à ces môles de génération. L'apoplexie placentaire, les tumeurs squirrheuses ; enfin, toutes les dégénérescences du tissu placentaire la produisent aussi.

b. La *môle hydatique* est la plus commune de ces môles de génération. Elle est susceptible de prendre toutes les formes, ce qui explique très-bien comment on trouve dans les anciens ouvrages les relations si merveilleuses de femmes accouchées de figures bizarres ayant la forme d'animaux ou de fruits. M. Velpeau la regarde comme le résultat d'une hypertrophie des villosités du chorion : c'est aussi l'opinion de M. P. Dubois. Elles peuvent acquérir un volume considérable, et dans ce cas le développement du ventre est semblable à celui qu'il a au terme de la grossesse. M. Dubois en présenta une masse énorme à ses leçons : elle avait été expulsée par une femme à l'hospice de la Maternité.

Il est impossible, dès le début d'une grossesse, de constater si l'utérus contient un produit normal ou dégénéré. A une époque avancée, il est plus facile de s'assurer qu'il n'existe pas de fœtus dans l'utérus, mais on peut très-bien confondre la présence d'une môle avec quelques-unes des affections qui peuvent simuler la grossesse. Quand la vésicule est expulsée, les soins que réclame cet état pathologique sont les mêmes que pour l'avortement. Cet accident peut se reproduire plusieurs fois chez la même femme, et l'on ne possède aucun moyen efficace pour le prévenir ou le guérir. Seulement, dans le cas où l'expulsion de quelques petites portions de ces masses hydatiques ferait supposer qu'il en existe encore dans l'utérus, il faudrait en favoriser l'expulsion par le seigle ergoté, et

même en débarrasser la cavité utérine à l'aide de l'instrument de M. Récamier, et mieux encore par la cautérisation au crayon de tannin de M. Becquerel.

CHAPITRE IV.

DES INCOMMODITÉS ET DES MALADIES QUI PEUVENT SURVENIR PENDANT LE COURS DE LA GROSSESSE.

La femme enceinte n'est à l'abri d'aucune maladie, et soit qu'une affection ait précédé la grossesse ou qu'elle se soit manifestée pendant son cours, cette affection constitue toujours une complication fâcheuse.

Mais les bornes de cet ouvrage ne me permettent pas de m'occuper des effets que chaque maladie peut produire sur la grossesse, et des modifications qu'elle peut imprimer aux diverses affections. Je ne dois traiter que de certaines maladies qui la compliquent ordinairement, ou qui lui sont spéciales.

Parmi les affections qui compliquent le plus habituellement la grossesse, les unes ne peuvent s'expliquer que par la réaction sympathique de l'utérus sur le reste de l'économie, ou sur quelques organes en particulier.

La conception jette souvent dans tout l'organisme un trouble dont les effets varient non-seulement chez chaque individu, mais quelquefois aussi chez la même personne dans des grossesses successives. Ainsi, telle femme éprouve des vomissements, des syncopes, etc., pendant une grossesse, et, dans la suivante, jouit d'une santé parfaite ; il arrive pourtant qu'en général le même ordre de symptômes se représente à chaque grossesse, et, dans ce cas, ces incommodités deviennent un signe presque infaillible de conception. Ces affections purement sympathiques ne constituent, en général, que des incommodités qui varient suivant le tempérament, les habitudes de l'individu, et l'époque de la grossesse.

D'autres fois les incommodités et les maladies de la grossesse reconnaissent pour cause prochaine la pléthore.

La grossesse donne, en général, à la circulation une activité plus grande que dans l'état ordinaire ; le pouls est plus fréquent, plus dur, plus plein ; le sang tiré de la veine se couvre d'une couenne, comme dans les affections inflammatoires, mais cette couenne est plus blanchâtre. Toutefois ces caractères ne sont jamais assez tran-

chés pour constituer un signe infaillible, comme le pensent certains accoucheurs, et, du reste, ils ne pourraient avoir quelque valeur qu'autant qu'on aurait constaté le contraire chez la même femme avant la conception. Cet état, qui a la plus grande analogie avec la pléthore, est en général peu prononcé au début de la grossesse ; assez souvent même on observe l'état contraire dans les premières semaines. C'est surtout de quatre à six mois qu'il est plus marqué. Les recherches de M. Andral sur l'état du sang sont en rapport avec ces résultats cliniques ; car elles ont prouvé que les globules du sang, descendus en général, un peu au-dessous de l'état normal dans les premiers temps, dépassaient le minimum de l'état physiologique du quatrième au sixième mois, pour le reprendre à la fin de la grossesse. Dans le plus grand nombre des cas aussi, cet état, malgré son analogie avec la pléthore, ne mérite aucune attention ; mais il demande à être combattu lorsqu'il est exagéré, et quand il donne lieu à quelques accidents.

Les observations de mon ami le docteur Marotte l'ont conduit à penser, et je partage de tout point cette opinion, que, dans les villes, les accidents de la grossesse produits par l'exubérance et la richesse du sang sont peu fréquents ; qu'ils sont, à de rares exceptions près, sous la dépendance de deux états morbides qui dominent toute la pathologie de la femme : la chloro-anémie et l'état nerveux. Ces deux états donnent aux troubles fonctionnels une intensité et une ténacité qui ne s'observent pas chez les femmes robustes, remarquables par l'énergie de leurs fonctions organiques. La pléthore locale de l'utérus elle-même, source si fréquente d'avortements, est plus souvent sous la dépendance de la chlorose et de l'état nerveux que de la pléthore générale. La conception, par les sympathies qu'elle éveille, joue plus souvent qu'on ne le croit le simple rôle de multiplicateur pathogénique. Il y a toutefois des femmes chez lesquelles elle fait cesser des symptômes préexistants sans qu'on puisse saisir la raison de cette contradiction apparente.

Après avoir étudié la pléthore, la chloro-anémie et l'état nerveux dans leurs rapports avec la grossesse, je consacrerai quelques développements à différents troubles fonctionnels, qui, bien qu'ils puissent reconnaître d'autres causes, se développent le plus souvent sous la double influence de ces trois états morbides et de la réaction sympathique de l'utérus ; tels sont les nausées et les vomissements, l'anorexie, la toux, les syncopes, le ptyalisme, etc., etc. Je parlerai aussi des névralgies qui tourmentent les femmes enceintes, et grâce à des matériaux inédits qui m'ont été communiqués par mon ami, le docteur Marotte, et à ceux que j'ai recueillis dans le service

de M. Honoré, j'espère déterminer d'une manière plus complète qu'on ne l'a fait jusqu'ici leurs relations avec la grossesse.

Après la pléthore, l'anémie et l'état nerveux, l'affection à laquelle les recherches modernes ont assigné la place la plus importante dans la pathologie de la femme enceinte est, sans contredit, l'albuminurie. L'influence qu'elle exerce sur la production de l'avortement et des hémorrhagies utérines après l'accouchement ne m'occupera pas en ce moment; je me contenterai d'apprécier ses rapports avec l'infiltration séreuse et l'éclampsie. L'hystérie, la catalepsie, l'épilepsie et les convulsions partielles auraient dû trouver place à la suite des névralgies; mais en séparant la description des affections convulsives, j'aurais rendu plus difficile la discussion de leur diagnostic différentiel, c'est-à-dire du point le plus important de leur histoire. Je réunirai donc leur description à celle de l'éclampsie.

Le rhumatisme utérin est étranger à la grossesse par sa cause; mais l'importance de son diagnostic et de son traitement lui assigne une place dans ce chapitre.

Les affections qui resteront à examiner sont locales; elles dépendent du volume de l'utérus ou de la fluxion physiologique que la conception détermine vers le bassin. Ici viennent se ranger :

Les lésions de la vessie et des reins;

Les varices et thrombus;

La sécrétion exagérée, l'inflammation et l'ulcération des follicules de la vulve et du vagin;

Le relâchement des symphyses;

L'hydropisie des eaux de l'amnios;

L'hydrorrhée.

ARTICLE Ier.

§ 1. — De la pléthore.

La pléthore est distingué en pléthore générale, suivant qu'elle se manifeste par des troubles généraux dans la circulation, ou bienen pléthore locale, quand elle porte son action sur quelque organe en particulier. Dans la grossesse, c'est l'utérus qui est particulièrement le siége de cette dernière espèce.

Pléthore générale.

Tantôt la pléthore générale préexiste à la grossesse, elle est constitutionnelle; tantôt elle se développe, ainsi que je l'ai dit plus haut, sous l'influence de l'accroissement de vitalité dont tous les organes sont le siége pendant la gestation. Elle est alors plus passagère, et

devient l'occasion de troubles auxquels il n'est, en général, nécessaire de remédier qu'à une certaine époque de la grossesse, et d'une manière temporaire.

La pléthore générale est caractérisée par la céphalalgie, la somnolence, les vertiges, les bluettes, la dyspnée, les urines rouges, la fréquence et la plénitude du pouls, la coloration du visage, etc.

La pléthore générale détermine souvent la pléthore locale : aussi est-il bien important de combattre la première pour prévenir les congestions fâcheuses qui peuvent être la suite de la seconde, et qui peuvent se produire dans le cerveau, dans les poumons, et surtout dans l'utérus, lequel, dans l'état de grossesse, est l'organe le plus disposé à la congestion. Elle peut aussi être la cause de la plupart des troubles fonctionnels, que nous passerons en revue plus loin.

La saignée déplétive est le remède par excellence de la pléthore générale; mais il faut être plus réservé sur son emploi lorsque celle-ci n'est pas constitutionnelle, lorsqu'elle est le fait de la surexcitation passagère des fonctions organiques. Les prescriptions de l'hygiène doivent occuper alors une place importante dans le traitement de la femme enceinte.

Si une congestion locale existait et qu'elle ne cédât pas à la saignée déplétive, elle serait combattue par une ou plusieurs applications de sangsues.

Pléthore utérine.

La pléthore utérine peut être, ainsi que je l'ai dit, sous la dépendance de la pléthore genérale, et par conséquent s'observer chez les femmes sanguines à règles abondantes; mais, contrairement à l'assertion des auteurs et à ce que j'ai cru moi-même sur leur parole, avant que l'expérience eût rectifié ma manière de voir, les femmes les plus sanguines ne sont pas celles chez lesquelles la congestion utérine s'observe le plus souvent, chez lesquelles elle soit le plus tenace et ait le plus de tendance à se répéter.

La chloro-anémie, mais surtout l'état nerveux et l'albuminurie, en sont une cause bien plus fréquente; les femmes nerveuses ne sont-elles pas, en général, très-abondamment réglées? L'albuminurie ne se signale-t-elle pas par des fluxions séreuses ou sanguines (congestion encéphalique, éclampsie, hémorrhagies utérines après l'accouchement)? Certaines causes spéciales, telles que le molimen menstruel, le molimen hémorrhoïdaire, le coït trop répété, et d'autres que j'étudierai à l'article Avortement, peuvent concourir avec ces causes générales à la production de la pléthore utérine.

Les principaux symptômes qui caractérisent cette pléthore locale

sont : un sentiment de pesanteur, de tension, de gêne dans le bas-ventre et les aines ; quelques douleurs passagères dans la même région et surtout dans les reins ; enfin quelques contractions utérines, si l'on n'y apporte un prompt remède. Le fœtus lui-même ressent souvent l'influence de la congestion sanguine : ses mouvements, précipités d'abord, puis de plus en plus faibles, et enfin leur cessation, indiquent son état de souffrance. Quelquefois même un léger écoulement sanguin se manifeste par la vulve ; c'est un accident qui peut avoir les plus graves conséquences, et auquel il faut se hâter de remédier.

En effet, la congestion utérine est une des causes les plus fréquentes d'avortement ; elle peut tuer le produit, soit en détruisant, au moyen d'une hémorrhagie, les rapports circulatoires qui l'unissent à sa mère, soit en déterminant l'apoplexie placentaire, soit enfin en sollicitant le développement prématuré des contractions utérines.

Traitement. — Il faut d'abord s'attacher à combattre les causes prochaines, telles que la pléthore générale, l'anémie, l'état nerveux, l'albuminurie.

Lorsque la pléthore générale existe, le meilleur moyen de remédier aux accidents résultant de la pléthore locale de l'utérus consiste dans la saignée générale, qui est à la fois déplétive et révulsive. La quantité de sang que l'on tire doit être proportionnée à l'âge et à l'état général du sujet ; mais, règle générale, la saignée sera abondante et suffisamment répétée. Dans le cas contraire, il vaut mieux pratiquer plusieurs petites saignées qu'une seule trop forte. Il faut éviter surtout qu'elles ne produisent la syncope, à cause des mouvements convulsifs que cet accident détermine quelquefois.

Si les mouvements actifs du fœtus avaient cessé, on les voit reparaître immédiatement après l'emploi de ce moyen.

Lorsqu'un léger écoulement sanguin est apparu, souvent aussi il se supprime sous l'influence de la saignée ; mais cet accident demande, en outre, d'autres soins et des plus minutieux. La malade restera étendue sur une chaise longue ; elle évitera tout ce qui pourrait entretenir la chaleur dans le bassin : ainsi les vêtements de la partie inférieure du corps seront légers, les pieds surtout seront peu couverts, les lavements seront pris frais, ainsi que les boissons et les aliments. Toute excitation physique et morale devra être éloignée.

Si cet écoulement se manifestait à l'époque où les règles avaient coutume de paraître avant la grossesse, toutes ces précautions seraient prises huit ou dix jours avant cette époque, et la saignée pratiquée serait d'une palette au plus chaque mois. J'aurai occasion de revenir sur ce traitement bien plus en détail à l'occasion de l'*avortement*. J'ai pu, à l'aide de ces moyens, conduire à terme des

femmes qui avaient déjà avorté plusieurs fois ; mais il faut, pour obtenir ce résultat, que la malade ait une grande docilité, une grande confiance et un désir extrême d'être mère; car l'accoucheur a, dans ce cas, une foule de préjugés à surmonter. On est généralement pénétré, dans le monde, de cette fausse idée, que la saignée est nuisible dans les premiers mois, qu'elle ne peut être faite que du quatrième au cinquième. On va plus loin, on regarde les saignées répétées comme devant être funestes au produit, comme devant détériorer la santé de la mère; en un mot, il faut à l'accoucheur une grande persévérance pour ne pas se laisser rebuter par ces difficultés. Que de fois, dans la pratique n'ai-je pas été obligé de combattre de semblables erreurs, et combien de fois, si le succès n'était venu couronner l'œuvre, ma responsabilité aurait été engagée. A cette occasion, je me rappelle un fait assez curieux. Toutes les amies d'une dame que je fus obligé de saigner sept à huit fois pendant sa grossesse s'élevaient hautement contre un semblable traitement, et lui annonçaient qu'elle accoucherait d'un enfant chétif et qui ne pourrait vivre. L'expulsion terminée, non sans peine, on s'empressa, de toute part, de venir s'assurer du résultat. Le mari, dissimulant sa joie, dit à ces dames qu'elles avaient eu bien raison, et que l'enfant était d'une petitesse incroyable; chacune alors de s'écrier : « Je l'a-« vais bien dit, ce traitement est meurtrier, etc... » Mais quel fut leur étonnement lorsqu'on découvrit à leurs yeux un enfant des plus volumineux. Un fait entièrement semblable et accompagné des mêmes circonstances, vient encore de se passer dans ma clientèle. La mère, madame la comtesse de L..., accouchait pour la première fois à 48 ans. L'enfant a aujourd'hui (1860) 5 ans. Mes bons amis, MM. les docteurs Lefèvre et Blache ont constaté le fait.

Jamais la saignée faite avec réserve, et quand elle est indiquée, ne peut être nuisible ; elle est toujours, au contraire, d'une utilité incontestable : c'est un moyen précieux qu'heureusement l'art a reconquis sur la routine.

La saignée du pied, les sangsues aux aines et aux cuisses, ont été conseillées pour combattre la pléthore locale de l'utérus, et souvent avec avantage ; mais leur emploi est soumis à des conditions si difficiles à saisir et à remplir, qu'il est de mon devoir de recommander aux jeunes praticiens de s'en abstenir. Pour manier de pareils moyens, il faut un coup d'œil exercé par une longue pratique. Comme tous les dérivatifs, ils commencent par congestionner les organes contenus dans le bassin, et, par conséquent, par augmenter le mal qu'ils sont destinés à combattre; ils ne pourraient être utiles qu'à la condition de déterminer un écoulement de sang assez abondant pour juger

complétement et au delà la congestion préexistante et celle qu'ils ont produite.

Je comprends dans la même réprobation le bain de siége, qui cependant est recommandé dans un ouvrage tout récemment publié.

§ 2. — Des hémorrhoïdes.

Les femmes enceintes sont tourmentées, en assez grand nombre, par la distension variqueuse des veines du rectum et par le flux hémorrhoïdal. La compression exercée par l'utérus et la constipation opiniâtre, si fréquente pendant la grossesse, sont souvent la cause de cette incommodité ; d'autres fois elles ne font qu'aggraver une disposition morbide préexistante. Cette seconde espèce d'hémorrhoïdes s'accompagne de fluxions actives, irrégulières ou périodiques, d'écoulement sanguin, de douleur, etc. ; c'est elle qui détermine le plus souvent l'avortement. « Hæmorrhois dolens, nataque indè colica, « abortum frequenter invitavit. [1] » Elle se complique fréquemment de pléthore générale.

Il est impossible de remédier à la compression produite par l'utérus ; mais il faut combattre avec soin la constipation par des délayants, des lavements, des minoratifs doux, etc. On dirigera contre les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes les bains locaux et généraux, qui soulagent beaucoup lorsqu'ils peuvent être employés ; on y joindra les liniments opiacés, le baume tranquille, la crème de lait, les suppositoires au beurre de cacao, etc. Si les hémorrhoïdes étaient sous la dépendance de la pléthore générale, la saignée tantôt déplétive, tantôt dérivative, trouvera son indication. Il faut, en général, éviter d'appliquer des sangsues sur les tumeurs, à moins qu'elles ne soient très-tendues, très-douloureuses, et alors les sangsues doivent être mises en certain nombre, pour compenser par un écoulement suffisant l'effet affluxif dont nous avons signalé ci-dessus les inconvénients à l'article *Pléthore utérine.* On a quelquefois très-utilement recours à l'administration du nitrate de potasse, recommandé par Stahl à la dose de 8 grammes dans vingt-quatre heures, en dissolution dans les boissons. Les applications et les immersions froides, les lavements froids, que M. Gendrin regarde comme les moyens les plus propres à modérer les accidents inflammatoires dont les tumeurs hémorrhoïdales peuvent devenir le siége, ne doivent être employés qu'avec réserve et après une déplétion sanguine suffisante, dans les cas d'hémorrhoïdes actives. Mais les réfrigérants pourront être employés avec avantage

[1] F. Fortunati, *Passerini dissertatio de abortu.* Thèses de Stoll.

contre les hémorrhoïdes par cause mécanique, et chez les femmes faibles, à fibre molle, que l'on ne craint pas de stimuler un peu.

Malgré le traitement le mieux dirigé, les hémorrhoïdes, surtout celles qui ne fluent pas, ne disparaissent quelquefois qu'après l'accouchement, lorsque les lochies se sont établies ; M. Gendrin n'admet leur persistance, après l'accouchement et le retour des règles, que lorsqu'il y a des prédispositions accessoires.

§ 3. — Hémorrhagies pendant la grossesse.

Voyez *Avortement*.

§ 4. — Chloro-anémie.

Dans ces derniers temps, M. Cazeaux, prenant pour point de départ les belles recherches de MM. F. Hatin, Andral et Gavarret sur la composition du sang, a signalé tout particulièrement un état chloro-anémique particulier aux femmes enceintes, et s'est élevé contre l'abus que beaucoup de médecins font, encore aujourd'hui, de la saignée. Cette publication a été, sans contredit, d'une grande utilité, en faisant pénétrer la lumière là où règnent la routine et le préjugé ; mais il n'en faudrait pas conclure que l'indication des toniques, des stimulants, et même du fer, ait été méconnue par les véritables médecins avant les travaux des hématologues : ces travaux n'ont fait que confirmer et préciser avec plus de netteté ce que la pratique admettait depuis longues années. Nous craignons aussi que M. Cazeaux n'ait trop oublié qu'il exerçait dans une grande ville, où abondent les influences débilitantes, et qu'il n'ait trop généralisé l'existence de la chloro-anémie chez les femmes enceintes; nous craignons surtout qu'il n'ait proscrit la saignée d'une manière trop générale.

Les plus anciens auteurs, tels que Guillemeau (1), ne conseillent la saignée *qu'en petite quantité et non à coup*, mais plutôt réitérée ; ils conseillent surtout les toniques, tels que la poudre de bézoard, le tonique le plus énergique de l'époque.

Mauriceau [2], Lamotte [3] recommandent une grande réserve à l'égard de la saignée.

Boerhaave dit [4] : *Interim cardiaca summi usus sunt*. Van-Swieten, son commentateur, ajoute [5] : « Que les femmes enceintes éprou-

[1] *Œuvres chirurgicales*, p. 281. Articles Palpitations, Tressaillements du cœur, Défaillance.

[2] *Maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris, 1740, liv. Ier.

[3] *Traité complet de l'art des accouchements*. Paris, 1765, liv. Ier, chap. xv.

[4] Aphorisme 130.

[5] *Commentarii in H. Boerhaavii Aphorismos*, p. 475.

« vent souvent beaucoup de langueur, surtout dans les premiers « mois, état qui, de l'avis de tous les médecins, doit être combattu « par les toniques et les fortifiants de toute espèce, et notamment « par la poudre de cannelle infusée dans le vin, le sirop d'écorce « d'oranges amères, etc., etc. » John Burns [1], est encore plus explicite : il conseille les toniques de toute nature, pour remédier à cet état, le fer en première ligne ; il repousse la saignée.

MM. Bouillaud, Honoré et Piorry n'ont cessé de s'élever contre l'abus de la saignée dans ces cas, et je leur ai entendu bien souvent établir le diagnostic différentiel entre ces deux états de la grossesse si souvent pris l'un pour l'autre.

Maintenant, en voulant combattre l'étrange abus qu'on faisait de la saignée, surtout dans les campagnes, prenons garde de ne pas tomber dans un excès contraire. Déterminons d'une manière exacte les cas où la saignée est nécessaire et ceux où elle doit être proscrite, mais ne disons pas qu'il est fort rare qu'on soit obligé de recourir aux émissions sanguines pendant la grossesse. Les occasions de pratiquer la saignée pour la pléthore générale sont rares dans les villes, je le reconnais; mais, restreintes dans les limites de certaines indications spéciales, elles sont encore assez fréquentes, s'il s'agit surtout des petites saignées. Ainsi, quand l'enfant n'exécute que des mouvements rares, la veine est à peine ouverte que l'activité des mouvements renaît. Un léger écoulement sanguin se manifeste-t-il à l'époque correspondante à celle des règles, une petite saignée révulsive empêche l'avortement, en détruisant cet effet de la pléthore locale.

En résumé, on saignait beaucoup trop, on saignait alors qu'il fallait s'abstenir; prenons garde d'outre-passer le but par l'exagération d'une vérité utile, et craignons d'empêcher de saigner jamais ceux qui saignaient toujours.

Le diagnostic de la chloro-anémie n'est pas toujours sans difficulté, lorsque la maladie est encore assez peu avancée, pour ne se déceler que par des troubles fonctionnels ; il faut prendre garde d'attribuer à la pléthore la céphalalgie, les palpitations et quelquefois même des accidents utérins, tels que lassitude, douleur des cuisses, etc. La saignée accroîtrait le mal, tandis que le fer, les amers, le quinquina l'amendent et le guérissent au grand profit de la mère et de l'enfant. La décoloration de la peau, et surtout des muqueuses, les bruits de souffle du cœur et des artères, les heureux résultats obtenus par les toniques, permettront de confirmer le diagnostic.

[1] *The principles of midwifery*, 9e édit. Londres, 1837. Traduit en français Paris, 1840, p. 170 et suiv.

On conseillera aux malades atteintes de chloro-anémie, l'eau de Spa, l'eau ferrée, préparée avec la boule de Nancy, aux repas, et coupées avec le vin; le sous-carbonate de fer, seul ou uni à la gentiane, au quassia, au gingembre, suivant les cas, à la dose de 25 à 30 centigrammes répétés deux fois par jour; un régime substantiel de l'exercice, la campagne, etc.

§ 5. — État nerveux.

La chloro anémie engendre et complique assez fréquemment l'état nerveux, et il n'est pas toujours facile d'établir, dans tous les cas une démarcation tranchée entre les symptômes et le traitement de ces deux états morbides. Il existe cependant entre eux des différences assez marquées, pour que je doive consacrer quelques lignes spéciales à l'état nerveux.

Les femmes nerveuses se reconnaissent à une irritabilité extrême, qu'un rien, un mouvement, une parole suffisent pour faire éclater. Elles sont promptes à se passionner, à s'attendrir; elles sont en général tristes et moroses. Ce qui les caractérise par-dessus tout, c'est une mobilité extrême dans leurs sentiments et dans leurs sensations, sous l'influence des moindres causes morales ou physiques. A ces dispositions morales se joignent des troubles fonctionnels variés. Tantôt c'est la tête qui est le siége de vertiges, de serrements, de battements, de lourdeur et de fatigue. Tantôt, c'est la vue, l'ouïe ou l'odorat, dont les sensations sont exaltées, abolies ou perverties. Le tact devient obtus ou nul dans certains organes ; ou bien, au contraire, il y acquiert une susceptibilité exagérée. A ces symptômes s'ajoutent les irrégularités de la puissance musculaire, l'inégale distribution de la chaleur, les troubles de la respiration et de la circulation. Un des phénomènes les plus constants, les plus tenaces, est la dyspepsie : c'est lui qui tient presque tous les autres sous sa dépendance, et qui appelle la plus sérieuse attention dans le traitement [1].

Les femmes nerveuses sont, parmi les femmes enceintes, celles qui présentent les troubles fonctionnels les plus intenses, les plus difficiles à surmonter : tels que vomissements, cardialgies, palpitations, aigreurs, troubles, sur lesquels nous reviendrons dans l'article suivant.

Toutes les causes qui appauvrissent le sang, qui épuisent les forces, qui surexcitent le système nerveux, donnent lieu à l'état ner-

[1] Voyez l'excellent chapitre du *Traité des maladies nerveuses*, par M. le docteur Sandras.

veux. L'action de ces divers ordres de causes est d'autant plus puissante qu'elles combinent leurs efforts. Ici viennent se ranger une nourriture insuffisante, un allaitement trop prolongé, les pertes de sang trop considérables et trop répétées, les maladies de longue durée ; puis les affections morales tristes, les excès de veilles, de travail ou de plaisir.

L'éloignement des causes qui ont produit l'état nerveux, une alimentation réparatrice, sans être stimulante, une habitation saine, le séjour à la campagne, les distractions physiques et morales, combattront avec avantage cette disposition fâcheuse. Les bains généraux, tièdes, les antispasmodiques, les narcotiques eux-mêmes, viendront en aide aux agents de l'hygiène si les accidents sont trop pénibles ou menacent d'interrompre la grossesse. La dyspepsie appellera l'attention d'une manière spéciale, ainsi que je l'ai déjà dit. Les bonnes digestions font le bon sang, et le sang est le modérateur des nerfs. Toutes les fois que la chlorose compliquera l'état nerveux, les ferrugineux, les amers, le quinquina en première ligne, feront, de toute nécessité, partie des moyens thérapeutiques.

ARTICLE II.

DE CERTAINS TROUBLES FONCTIONNELS EN PARTICULIER.

Les troubles fonctionnels que je vais passer en revue peuvent reconnaître d'autres causes que les états précédents, mais ils leur sont plus ou moins intimement liés dans la généralité des cas ; tels sont : les nausées et les vomissements, l'anorexie, les aigreurs, le pica ou les envies, la dyspepsie, la constipation, le ptyalisme, la diarrhée, etc.

§ 1. — Des nausées et des vomissements.

Il est rare qu'une femme devienne enceinte sans être tourmentée par des vomissements. Ils se manifestent si constamment dans l'état de grossesse, qu'ils constituent un des premiers signes de présomption. Lorsque ces vomissements sont modérés, ils n'offrent aucune gravité, et se terminent naturellement entre le troisième et le quatrième mois ; mais il n'est pas rare de les voir reparaître vers la fin de la grossesse. Dans les premiers mois, ils sont déterminés par la réaction sympathique de l'utérus sur l'estomac ; dans les derniers, par la gêne mécanique que l'utérus développé fait éprouver à ce viscère et aux intestins. A terme, ces vomissements annoncent quelquefois un commencement de travail.

L'heure de la journée où se manifestent les vomissements varie : quelques femmes rejettent le matin, à jeun, des eaux glaireuses plus ou moins abondantes; d'autres rejettent une partie des aliments ingérés, après un ou après chaque repas. Ce dernier cas est grave, quand il y a rejet complet des matières alimentaires ; mais il est bien rare qu'il n'en reste pas dans l'estomac, après des vomissements même répétés, une quantité assez grande pour suffire à la nutrition. J'ai vu bien des femmes affirmer qu'elles ne pouvaient garder aucune nourriture et n'en être pas sensiblement amaigries; j'en ai rencontré aussi chez lesquelles le vomissement répété aurait eu les conséquences les plus funestes, si l'on n'était parvenu à le modérer ; quelques-unes ont fini par succomber malgré les soins les plus éclairés.

Les vomissements sont, en général, faciles et non douloureux, mais ils sont quelquefois accompagnés d'efforts si violents et si longtemps prolongés, que les secousses qu'ils déterminent peuvent réagir sur l'utérus, solliciter ses contractions, et par suite l'expulsion du produit, surtout chez les femmes qui y sont déjà disposées : aussi l'accoucheur est-il dans l'obligation de prescrire un régime convenable pour diminuer l'intensité de cet accident.

Le vomissement matinal peut être combattu avec avantage par le repos au lit pendant plusieurs heures après le repas du matin, comme le conseille M. Kuechenmeister [1].

Quand les vomissements sont faciles et que les matières vomies ne contiennent aucun aliment, il suffit de prescrire à la femme l'usage d'une boisson aromatique légère quelconque : infusion de feuilles d'oranger, de tilleul, de thé, etc. Mais s'ils s'accompagnent de secousses violentes, ou s'ils ont lieu après les repas et que tous les aliments soient rejetés, on conseillera les boissons froides, glacées, les eaux gazeuses, les antispasmodiques, les pastilles de Vichy, et surtout l'opium, soit à l'intérieur, soit en fomentation sur l'épigastre. L'alimentation sera légère; dans le choix des aliments, on devra surtout avoir égard aux aptitudes de l'estomac et les étudier avec soin ; les aliments froids sont mieux tolérés. Je me suis souvent bien trouvé de l'apposition brusque d'un morceau de glace sur l'épigastre, au moment où le vomissement commençait à se manifester, et de l'ingestion de petites parcelles de glace dans l'estomac. L'opium, par la méthode endermique, m'a aussi très-bien réussi. Dans ce cas, j'ai fait usage de l'hydrochlorate de morphine à la dose d'un centigramme, sur la surface dénudée d'un petit vé-

[1] *Journal des connaissances médicales*, 10 décembre 1854.

sicatoire à l'épigastre, en augmentant successivement la dose jusqu'à 4 et 5 centigrammes en quatre ou cinq fractions par jour. Si c'est plus particulièrement après un des repas que se manifeste l'accident, on éloignera ou l'on rapprochera l'heure de ce repas, on en diminuera la quantité. Si enfin, malgré ces précautions, on observait que ces accidents ont de la tendance à se reproduire à la même heure, il faudrait essayer du sulfate de quinine. M. Honoré l'a employé avec succès sur une de mes clientes, chez laquelle l'intensité et la durée de cet accident pouvaient donner des inquiétudes sérieuses. M. Ameuille se trouva bien, dans un cas, de l'usage du hachis de viande crue et de mie de pain [1].

Si la tension et les douleurs épigastriques accompagnaient le vomissement, elles seraient combattues par les sangsues à l'épigastre, et mieux encore par les fomentations ou cataplasmes narcotiqnes, par les bains, une petite saignée générale, surtout si ces douleurs s'irradiaient jusque dans les lombes et l'hypogastre; dans ce dernier cas, pour prévenir un avortement, il sera bon d'insister sur l'usage du laudanum en lavement, jusqu'à cessation des accidents.

On a encore vanté les vins généreux, l'usage du champagne frappé, presque jusqu'à l'ivresse, les liqueurs alcooliques, les ventouses, l'emplâtre de thériaque au creux de l'estomac : tous ces moyens doivent être essayés; ils peuvent réussir chez une femme, tandis qu'ils auront été sans succès chez une autre. Et quand bien même toute médication deviendrait inutile, il n'en faudrait pas moins insister si les accidents étaient modérés, ne fût-ce que pour faire prendre patience à la malade, et lui faire gagner l'époque où ces accidents se calment en général d'eux-mêmes.

Malheureusement les choses ne se passent pas toujours aussi favorablement, et les auteurs ont rapporté quelques faits dans lesquels les vomissements, résistant à tous les moyens ordinaires, furent si persistants qu'aucun aliment, même liquide, et pris en très-petite quantité, ne pouvait être gardé par l'estomac : l'émaciation la plus prononcée et la mort ne tardèrent pas à suivre rapidement un semblable état de choses.

Les accidents suivis d'une issue aussi funeste sont fort rares : malgré leur petit nombre, ils suffisent pour éveiller au dernier point toute la sollicitude de l'accoucheur.

M. Cazeaux dit s'être très-bien trouvé, dans un de ces cas désespérés, de l'application de l'extrait de belladone sur le col utérin; les vomissements, incoercibles jusqu'à ce moment, se sont immé-

[1] *Bulletin de thérapeutique*, janvier 1855.

diatement arrêtés. J'ai usé de cette méthode avec M. le docteur Guillemeau : la première application fut sans succès ; cependant 2 grammes d'extrait pur de belladone avaient été portés sur le col, après une seconde application d'environ 4 à 5 grammes, la patiente fut prise d'un état de somnolence qui dura 24 heures, les vomissements ne reparurent plus : je vis dans deux autres cas avec M. Hervez de Chégoin la belladone échouer complétement; la confiance que j'avais prise dans cette méthode, m'empêcha de faire l'accouchement avant terme, et fut cause de la mort d'une de ces femmes.

Chez la seconde observée par M. Trousseau, Lebrun (d'Argenteuil) et M. Picot, la belladone avait échoué aussi. Je fis l'accouchement prématuré à huit mois, l'enfant vint au monde bien portant, et la mère, qui ne pouvait plus garder une cuillerée d'eau depuis huit jours, chez laquelle la fièvre qui précède une issue funeste était allumée, se rétablit parfaitement.

Comme phénomène des plus remarquables, dès l'apparition des premières douleurs de l'accouchement, l'appétit revint, la malade demanda un potage qui passa avec une facilité extrême, à la grande surprise de MM. Picot et Lebrun qui étaient restés auprès de la malade. Cependant espérons que d'autres emplois de la belladonne plus heureux viendront confirmer le bon effet d'un moyen qui serait aussi précieux.

M. le docteur Prévost a souvent aussi employé avec succès la potion de Rivière, modifiée par Hufeland.

Potion alcaline.

Bicarbonate de soude.....	3 grammes.
Extrait de jusquiame.....	20 centigr.
Sirop.....	15 grammes.
Eau de mélisse.....	60 grammes.

Potion acide.

Acide citrique.....	3 grammes.
Sirop.....	15 grammes.
Eau.....	60 grammes.

On administre une cuillerée de chacune de ces potions d'heure en heure.

Sur treize cas de vomissements graves, une seule fois ces potions auraient manqué leur effet. Heureusement c'était un cas de vomissements modérés.

M. Bagot arrêta des vomissements graves, dans deux grossesses chez la même femme à l'aide du calomel donné à doses réfractées jusqu'à salivation; dans une troisième il fit suivre l'administration du

calomel d'une potion contenant 15 gouttes de chloroforme. L'effet fut presque magique. Ce dernier résultat n'est-il pas dû surtout au chloroforme [1] ?

M. le docteur Portalier a conseillé l'eau d'Alet et cite plusieurs faits très-concluants [2].

Enfin la pepsine conseillée par M. Corvisart est sans contredit le médicament qui jusqu'à ce jour réunit le plus grand nombre de succès.

M. Tessier (de Lyon) cite à l'appui de cette méthode plusieurs faits très-graves, où un gramme de poudre de pepsine en 24 heures, a suffi pour arrêter les vomissements [3] ; j'ai pu, depuis ces utiles communications, constater l'efficacité de ce moyen, mais encore seulement dans des cas de vomissements modérés.

Dans cette dernière catégorie de faits, la réaction de l'utérus à l'état sain ne peut être invoquée à elle seule comme cause de phénomènes aussi graves : aussi, dans les cas où la mort a permis de rechercher cette cause, a-t-on souvent trouvé une lésion plus ou moins prononcée de l'utérus et de la caduque.

Dance [4] a rapporté deux observations, qui confirment cette manière de voir. Nous en devons aussi une à M. Breschet.

En présence de faits aussi graves, que je vais bientôt confirmer par deux autres tout récents, n'est-il pas désespérant, après avoir épuisé tous les moyens conseillés en pareil cas, de rester simple spectateur des ravages effrayants et rapides de cette terrible affection ? Cette femme qui implore votre appui, naguère brillante de santé, souvent déjà mère, objet de l'affection de ceux qui l'environnent, la voilà vouée à une mort certaine, sans qu'un effort désespéré soit tenté pour l'arracher à la mort !

Certes, c'est une cruelle position pour l'homme de l'art, et devant laquelle on comprend qu'il puisse reculer, que de se voir, avant le terme de la viabilité, dans la nécessité de faire le sacrifice de l'enfant pour tenter en faveur de la mère une dernière ressource. Mais qu'on pèse bien mûrement tout ce qui se rattache à une question aussi grave, et je crois qu'on pourra établir que sacrifier le produit, dans ce cas, c'est se conformer aux devoirs les plus sacrés de l'humanité.

En effet, la mort qui va bientôt saisir la mère entraînera aussi la perte de son fruit. Dans tous les cas, cette perte est certaine, à moins

[1] *Dublin med. press* (*Gazette hebd.*, février 1860).
[2] *Union médicale*, juin 1860.
[3] *Ibid.*, avril 1860.
[4] *Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, 1837.

que la nature ne vienne à triompher des accidents, ce qu'on ne peut guère espérer à une époque aussi avancée de la maladie. Si, au contraire, on intervient assez à temps, les conditions pour le produit sont les mêmes, mais la mère peut être sauvée.

Je ne me dissimule pas toutes les objections que peut faire naître ce parti extrême, je me les suis faites toutes à moi-même.

Ainsi, l'existence de la grossesse étant le plus souvent fort difficile à établir, on s'expose, avant la fin du troisième mois, si la femme n'est pas enceinte, à pratiquer sur elle une opération inutile.

Je répondrai d'abord que, dans les cas cités, la grossesse avait dépassé ce terme ; que, de plus, l'autopsie vint vérifier le diagnostic ; enfin qu'il n'y a pas d'exemple que la mort soit survenue à la suite de ces vomissements avant que le troisième mois soit accompli, et que c'est ordinairement bien après cette époque qu'arrive une issue si funeste : aussi ne se trouvera-t-on jamais dans la nécessité de prendre un parti avant ce terme.

Mais la grossesse, même après le troisième mois, est-elle toujours bien facile à constater d'une manière certaine ? Non, sans doute, dans les cas ordinaires ; mais dans de semblables circonstances, les vomissements eux-mêmes sont un signe qui vient donner une immense valeur à tous les autres caractères de la grossesse, auxquels il vient se joindre, et desquels il reçoit lui-même une plus grande force.

En effet, quelle lésion d'organe pourrait entraîner des vomissements si répétés et si rapidement mortels, vomissements de liquide clair, limpide, ou composés de substances alimentaires, et qui accompagneraient tous les signes de présomption et de probabilité qui permettent d'établir l'existence de la grossesse ? Ce ne sera pas le cancer de l'estomac : la nature des vomissements, leur persistance, l'âge de la malade, l'absence de douleur épigastrique, d'une tumeur dans la même région, enfin la coïncidence de tous les premiers signes de la grossesse, permettent d'établir le diagnostic différentiel.

Ce ne sera pas non plus une gastralgie : les vomissements n'y sont pas, en général, aussi opiniâtres, aussi réfractaires à tout traitement ; une hernie étranglée, un étranglement interne, un ramollissement cérébral, etc., etc. : toujours, dans ces cas, le diagnostic différentiel sera possible. Il ne pourrait y avoir d'obscurité que dans le cas où une de ces affections se manifesterait dans les premières semaines de la grossesse, et l'erreur ne pourrait être, en tout cas, que de courte durée.

Enfin, peut-on encore objecter, la nature aurait peut-être triomphé des accidents, si vous n'aviez pas opéré, et vous auriez alors ménagé les intérêts de l'enfant. Il n'est pas impossible, sans doute,

que la nature triomphe de ces accidents; mais cela est si rare, quand l'affection est parvenue à cette période, qui précède de fort peu la mort, qu'une pareille éventualité ne doit véritablement pas faire reculer.

Si vous attendez pour agir que cette période extrême soit arrivée, pourra-t-on encore ajouter, vous opérerez dans de mauvaises conditions, et il est probable que la malade n'en succombera pas moins. Cette objection a une très-grande valeur. Il est bien certain que l'opération, pratiquée dans des circonstances semblables, ne sera pas toujours couronnée de succès ; mais ce n'est pas une raison pour ne la pas tenter, quand cette opération est la seule chance de salut qui reste à la mère, vouée à une mort certaine ainsi que son enfant.

Les tentatives de l'art ont leurs limites. Ce n'est que lorsqu'il est bien démontré que la nature est insuffisante, qu'il est permis de se substituer à elle : agir plus tôt, ce serait faire un étrange abus des devoirs imposés au médecin; cette conduite cesserait même d'être irréprochable. Mais ce que je dirai d'une intervention prématurée, ne pourrait-on pas le dire d'une expectation indéfiniment prolongée? Ne serait-ce pas manquer au mandat qui nous est confié et aux lois de l'humanité, que de négliger cette unique chance laissée à la mère? Et certes, s'il est du devoir du chirurgien, dans les cas complétement désespérés, de s'abstenir et de s'armer de cette courageuse résignation qui distingue le véritable praticien, il est aussi de son devoir d'intervenir quand l'art lui en fournit la possibilité, et qu'un rayon d'espoir luit encore. Bien entendu que celui qui prendrait une semblable résolution ne devrait agir qu'après s'être éclairé de l'avis de plusieurs confrères, qui, de plus, devraient assister à l'opération.

Enfin, supposons qu'on se soit trompé sur l'existence de la grossesse, et qu'on ait tenté l'opération sur un utérus en état de vacuité, quoiqu'on ne puisse guère admettre la possibilité d'une semblable erreur. Par suite des raisons énoncées plus haut, qu'arriverait-il ? l'erreur deviendrait manifeste dès les premières tentatives, et les moyens employés ne seraient, en aucune manière, de nature à aggraver les accidents.

Ainsi, l'administration du seigle ergoté en lavement, l'introduction d'une petite éponge préparée dans le col de l'utérus, l'application du tampon, des tentatives de rupture des membranes, si l'on croit que ces membranes peuvent être facilement atteintes, seuls moyens qu'on doive employer en pareille circonstance, ne devront jamais, dans le cas d'insuccès, être regardés comme causes de la mort, que la malade soit ou non enceinte.

Deux fois, depuis novembre 1843, je fus consulté pour des circonstances exactement semblables, et j'osai, fort des raisons que je viens d'exposer, faire valoir mes motifs en faveur de l'opération.

M. le docteur Tiger nous fit appeler, M. Honoré et moi, auprès d'une de ses parentes qui avait dépassé le quatrième mois de sa grossesse. Elle était déjà mère d'nne fille âgée de huit ans. La santé de cette dame fut habituellement bonne jusqu'à cette seconde grossesse, pendant laquelle se manifestèrent des vomissements tellement opiniâtres, qu'elle fut réduite rapidement à une maigreur excessive. .

Quand nous vîmes la malade, le 3 novembre 1843, son état faisait craindre une issue promptement funeste. Tout avait été mis en usagepour combattre les accidents, mais en vain. Quelques jours avant, Chomel et M. P. Dubois avaient été consultés. La cause des désordres fut constatée par ces professeurs distingués; la grossesse fut mise hors de doute. Chomel, armé de cette confiance que donnent le succès habituel et une pratique immense, entrevit une chance de salut pour la malade dans l'avortement artificiel qu'il proposa. M. P. Dubois allégua, au contraire, que l'urgence du cas ne légitimait pas l'emploi de ce moyen. On s'en tint donc aux banalités du traitement habituel.

Fort de l'autorité de Chomel, je conseillai de nouveau de tenter une dernière ressource, qui, malheureusement, laissait moins de chances de salut, l'état de la malade s'étant beaucoup aggravé depuis quelques jours.

Néanmoins une réunion avec MM. Honoré, Moreau et Baudelocque, fut convenue pour le lendemain de grand matin, avec la pensée de pratiquer immédiatement l'opération, si elle recevait l'assentiment général.

La malade expira dans la nuit.....

Le 19 avril 1844, M. le docteur Brineau, médecin de l'hôpital civil et militaire de Saumur, me fit l'honneur de m'écrire pour me consulter sur un cas entièrement semblable. Je me borne à transcrire le passage de sa lettre qui a trait au fait qui nous occupe.

« Une femme de vingt-sept ans, enceinte de trois mois et demi, est affectée depuis deux mois de vomissements si rebelles, que maintenant l'estomac rejette absolument toute substance, même l'eau prise en très-petite quantité. Il y a commencement de marasme, faiblesse extrême, angoisse, fièvre irrégulière, marquée par des redoublements quotidiens de 120 à 140 pulsations, etc. Il est possible que la mort ait lieu d'ici à quelques jours : tous les moyens usités ont été employés sans succès. La malade a eu un enfant, il

y a sept ans, après une grossesse et un accouchement heureux : il n'y a eu aucune fausse couche depuis.

« Un officier de santé qui soigne la malade et un docteur appelé en consultation, ayant reconnu l'inutilité du traitement, et regardant la mort comme certaine, ont eu l'idée de provoquer l'expulsion du produit. Appelé par eux pour décider cette grave question, je n'ai pas osé la trancher ; mais vous, monsieur, etc., que pensez-vous de cette opération? seriez-vous d'avis de la pratiquer ? etc..... Je ne dois pas vous laisser ignorer que l'un de nous a dû en écrire à M. le professeur Paul Dubois. »

Placé sous l'impression si fâcheuse du fait qui précède, et espérant prévenir un résultat semblable, je répondis immédiatement que, la mort étant certaine en présence de circonstances aussi graves, la fin devait justifier les moyens, et que cette opération était la seule chance de salut, si l'état de la malade permettait encore de la tenter.

Quelque temps après, j'appris par une seconde lettre de M. le docteur Brineau qu'une légère amélioration avait fait différer l'opération ; mais cette lueur d'espoir ne fut malheureusement que passagère, et la malade succomba environ un mois après la consultation, au milieu du délire et dans le dernier degré de marasme.

Quant à M. le professeur P. Dubois, qui rendit sa réponse publique à la Clinique, il exposa, avec le talent remarquable que chacun lui connaît, le pour et le contre, laissant les médecins de Saumur libres d'attendre ou d'agir.

N'est-il pas permis de penser que, dans ces deux cas, si l'on fût intervenu à temps, les deux femmes eussent été sauvées?

§ 2. — De l'anorexie (dégoût).

Anorexie. — Beaucoup de femmes enceintes éprouvent de l'inappétence ou du dégoût pour certains aliments, et surtout pour les viandes ; un état nerveux particulier de l'estomac, l'état saburral, soit de ce viscère, soit des intestins, un état de pléthore, déterminent et entretiennent cette disposition. Si l'on présume que l'anorexie provient de la première de ces causes, quelques infusions antispasmodiques, l'éther, la liqueur anodine d'Hoffmann, le nitrate de bismuth, etc., suffiront pour la dissiper. L'état saburral exige l'emploi des délayants, tels que la limonade, le bouillon aux herbes, le petit-lait ; puis, s'il en est besoin, les évacuants : la rhubarbe, les sels neutres, l'huile de ricin à petite dose, seront indiqués et préférés, en général, aux vomitifs. Mais faut-il s'abstenir,

de ces derniers, lors même qu'ils sont bien indiqués, dans la crainte de donner lieu à des efforts nuisibles au produit de la conception ? La pratique de Stoll doit apporter quelque restriction à une proscription aussi absolue. Toujours est-il qu'il faudra les éviter autant que possible chez les personnes nerveuses, faibles ou qui ont déjà eu des avortements. Les flatuosités qui gênent beaucoup certaines femmes, et sont même quelquefois très-douloureuses, surtout après les repas, seront combattues par l'infusion de fleurs de camomille, de petite centaurée, de semence de fenouil, le vin de Malaga, d'Alicante, etc., etc. Quant à la pléthore, j'ai dit plus haut comment on doit la faire cesser. En général, il ne faut nullement s'effrayer de l'anorexie chez les femmes enceintes, lorsqu'elle n'est que passagère, et qu'on ne soupçonne pas un état maladif des organes digestifs ; il faut même ne contrarier en rien le goût des malades, et ne pas les contraindre à manger les aliments pour lesquels elles montrent quelque répugnance.

§ 3. — Des aigreurs.

Des renvois d'un goût acide très-prononcé se manifestent souvent le matin ou après le repas. On les corrigera facilement à l'aide des infusions amères et aromatiques, telles que celles de chicorée sauvage associée à la feuille d'oranger ou à la camomille ; les pastilles de Vichy, la magnésie, réussissent parfaitement dans ce cas. La dose, pour les pastilles, sera de trois ou quatre par jour ; celle de la magnésie variera entre 1 gramme et 4 grammes.

§ 4. — Du pica ou des envies.

Le pica, ou envies, accompagne quelquefois l'anorexie ; il consiste en des désirs plus ou moins vifs de manger des aliments ou des choses extraordinaires et même dégoûtantes. On cite maints exemples d'appétits dépravés de cette nature chez les femmes les plus délicates et les plus difficiles en état de santé ; ils sont ordinairement de peu de durée, et ne demandent aucun traitement spécial lorsqu'ils ne proviennent pas d'anorexie. Il faut se contenter d'empêcher la femme de manger les objets qui pourraient évidemment lui être nuisibles, et la satisfaire quant à ceux qui contiennent quelques principes nutritifs.

§ 5. — De la dyspepsie.

Les digestions lentes et laborieuses, ou la dyspepsie, s'accompa-

gnent presque toujours d'un certain degré de constipation qu'il faut d'abord s'attacher à combattre ; mais si la dyspepsie persistait après qu'on aura détruit la constipation, on prescrira une alimentation de facile digestion, et prise en petite quantité à chaque repas, sauf à multiplier les repas suivant le besoin. La malade usera, du reste, de tous les moyens propres à faciliter la digestion, tels que la promenade au grand air, l'eau de Seltz aux repas, les pastilles de Vichy.

§ 6. — De la constipation.

La constipation, très-fréquente pendant la grossesse, doit être attribuée surtout à la compression que l'utérus, plus ou moins développé, exerce sur le rectum ; elle peut provenir aussi des troubles digestifs dont nous avons parlé plus haut, ou même les occasionner; elle exige qu'on y fasse attention, en ce sens que l'accumulation quelquefois très-considérable des matières fécales dans la partie moyenne du rectum, les efforts d'expulsion qu'elles exigent peuvent exciter la matrice à entrer en contraction, et par suite causer l'avortement. Aussi est-il nécessaire de prévenir la constipation par l'usage des remèdes, ou par un régime délayant suivant les indications. Dans le cas où, les lavements étant insuffisants, il faudrait recourir à un autre moyen, on devrait s'abstenir des purgatifs énergiques : l'huile de ricin à la dose de 15 à 20 grammes, l'eau de Sedlitz, la limonade gazeuse au citrate de magnésie, un verre ou deux au plus, ou tout autre laxatif doux, seront seuls employés.

§ 7. — De la diarrhée.

La diarrhée se rencontre plus rarement; elle peut provenir tantôt de la sympathie exercée par l'utérus sur les intestins, tantôt d'une irritation légère de ces derniers, quelquefois enfin elle dépend de l'état saburral. Dans le premier cas, les antispasmodiques suffiront pour la dissiper ; dans le second, on emploiera des boissons d'abord adoucissantes, puis l'eau de riz gommée, sucrée avec le sirop de coing ou de grande consoude, et les lavements amidonnés, dans lesquels on ajoutera cinq à six gouttes de laudanum de Sydenham. Le régime de la malade se composera de crème de riz, de potages maigres, et surtout pris en petite quantité. La diarrhée bilieuse cédera aux minoratifs.

§ 8. — Du ptyalisme.

Le ptyalisme, ou sécrétion abondante de la salive, s'observe plus

particulièrement dans les premiers temps de la grossesse. Il est ordinairement peu abondant, de peu de durée et ne présente aucune indication particulière. Cependant il peut se prolonger pendant tout le temps de la grossesse, et prendre un caractère vraiment inquiétant.

M. Devilliers fils m'a rapporté une observation de ce genre que M. Danyau avait communiquée à la Société médicale du douzième arrondissement. Une dame eut, à sa première grossesse, un ptyalisme abondant jusqu'au sixième mois. A sa seconde grossesse, cet accident se prolongea jusqu'à l'accouchement, et même quelque temps au delà. Devenue enceinte pour la troisième fois, la salivation s'est encore renouvelée. On évalue à un litre la quantité de salive qu'elle rendait, et dont elle mouillait de trente à quarante mouchoirs par jour. Aucun remède n'a pu arrêter cette sécrétion abondante ; l'eau glacée a paru seule la supprimer une fois, mais en donnant lieu à des étouffements violents qui ont contraint à y renoncer.

Doit-on tenter la suppression du ptyalisme sympathique de la grossesse ? Baudelocque a dit, dans ses leçons, avoir connu une jeune dame qui eut une salivation abondante à sa première grossesse sans rien perdre de son embonpoint. Bouvart et Baudelocque furent longtemps pressés par la famille pour l'arrêter ; ils s'y refusèrent constamment. Le ptyalisme ne cessa qu'à l'époque de l'accouchement. A la seconde grossesse, la salivation se manifesta de nouveau. Bouvart étant mort, on appela un autre médecin et un autre accoucheur, qui arrêtèrent la salivation. Le lendemain, cette dame fut frappée d'apoplexie.

Il convient d'abandonner à la nature un flux de salive qui ne dérangerait pas les digestions, n'affaiblirait pas la malade et ne compromettrait pas son existence.

S'il déterminait des accidents graves, il faudrait chercher à le modérer, pourvu que la chose fût possible sans accident fâcheux. L'iodure de potassium a réussi à M. le docteur Lemaistre [1].

On a recommandé le cumin, le petit cardamome mâché à jeun, les infusions de camomille, de mélisse, de véronique ; la gomme arabique, le sucre candi tenus dans la bouche; des fragments de glace, une faible solution d'alun, d'acétate de plomb ; les purgatifs à petite dose, les sels de quinine, l'extrait de cannelle, l'opium. Je me suis souvent très-bien trouvé de l'usage de noix sèches.

[1] 25 août 1857.

§ 9. — De la toux.

La toux, qu'elle soit étrangère à la grossesse ou qu'elle en soit une conséquence, peut avoir sur celle-ci une fâcheuse influence ; les secousses fréquentes qui en résultent pour l'utérus peuvent déterminer l'avortement. Lorsque la toux est la conséquence de l'état pléthorique, la saignée en est le remède ; lorsqu'elle est nerveuse, les narcotiques, et spécialement la belladone, sont indiqués. Si la toux dépend d'une affection pulmonaire, son traitement sera celui de la maladie qui la produit.

M. le docteur Gunning Bedford [1] dit que la toux peut dépendre uniquement du refoulement du diaphragme par l'utérus, dans les derniers mois de la grossesse ; et il invoque, comme preuve de cette assertion, la cessation de cette toux dans le courant du neuvième mois, alors que l'utérus s'affaisse sous son propre poids.

J'ai quelquefois constaté la vérité de cette assertion chez les femmes qui avaient déjà eu des enfants, parce que chez elles cet abaissement de l'utérus a souvent lieu ; mais j'ai vu bien plus souvent, chez les primipares surtout, la toux ne cesser qu'après l'accouchement.

§ 10. — De la dyspnée.

La dyspnée peut reconnaître pour cause la gêne que le diaphragme, refoulé par l'utérus, fait éprouver aux poumons. Elle ne survient alors qu'à une époque avancée de la grossesse, et ne cesse qu'après l'accouchement. Dans les premiers mois, elle se rattache plus volontiers à la chlorose et à l'état nerveux. Elle peut encore être le résultat d'une congestion pulmonaire ; conséquence elle-même de la pléthore ou de l'albuminurie : cette dernière détermine plutôt l'œdème du poumon. Indiquer les causes de la dyspnée, c'est indiquer son traitement.

§ 11. — Des palpitations.

Les palpitations se rencontrent souvent dans la grossesse, sans qu'on soit en droit d'en accuser une lésion organique du cœur. Elles se lient tantôt à la pléthore, tantôt à l'anémie, tantôt enfin à un état nerveux particulier qui nous échappe complétement, et qui ne présente aucune gravité. Le traitement des deux premières espèces est le même que celui des états généraux, dont elles sont le symptôme.

[1] Page 94 de la traduction anglaise de cet ouvrage, en note. 8e édition.

Dans le dernier cas, c'est à l'hygiène que l'accoucheur doit avoir recours.

La valériane, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, en suspension dans un verre d'eau sucrée, aromatisée avec l'eau de fleur d'oranger; le sirop de thridace, de pavot blanc, des bains tièdes, seront employés avec avantage ; on pourra aussi administrer quelque peu de digitale en poudre, à la dose de 5 à 20 centigrammes; en teinture, dix à vingt gouttes par jour.

§ 12. — Des vertiges, des éblouissements, de la syncope.

Ces accidents peuvent être déterminés par un état pléthorique général; dans ce cas, la saignée est indiquée. Mais ils peuvent se manifester sans cause connue. Les femmes faibles, nerveuses, tombent en syncope sous l'impression de la cause la plus légère. La joie, la colère, une odeur agréable ou repoussante, la vue d'une personne qu'elles aiment ou qui leur déplaît, peut donner lieu à cet accident. Il en est de même de la première sensation des mouvements actifs chez une femme qui désire depuis longtemps être mère. La syncope peut se reproduire souvent, surtout dans les premiers mois, mais cet état n'est pas de longue durée; et, quoiqu'il paraisse inquiétant pour les assistants, il est, en général, rarement suivi d'accidents. Il est rare aussi que, dans la syncope, il y ait abolition complète des facultés sensoriales et intellectuelles; les femmes conservent toujours une idée confuse de ce qui se passe autour d'elles. Cependant ces accidents répétés, surtout quand ils s'accompagnent de mouvements hystériformes, peuvent déterminer un travail prématuré auquel on devra s'opposer. Pendant la syncope, la première chose à faire est de coucher la femme horizontalement à terre, si l'on ne se trouve pas à proximité d'un canapé ou d'un lit; c'est le moyen le plus sûr de faire cesser l'accident rapidement. Pendant ce temps, on lui fait respirer des sels, du vinaigre, de l'éther, etc.; on lui cingle avec force quelques gouttes d'eau froide sur la figure.

En outre, si la succession des syncopes, si leur durée inspiraient quelques craintes, on tenterait de les prévenir par les toniques, unis aux antispasmodiques, tels que le valérianate de zinc, 5 centigrammes par jour en pilules, etc. On aura soin surtout de s'assurer que les syncopes ne sont pas déterminées par une hémorrhagie interne, circonstance qui nécessiterait des moyens particuliers. (Voyez l'article *Avortement et hémorragie interne*. Enfin ces vertiges, ces éblouissements devront éveiller toute la sollicitude de l'accoucheur, car ils pourraient être signes précurseurs d'accès d'éclampsie.

§ 13. — De la manie.

La manie qui survient pendant le cours de la grossesse ne nécessite aucun traitement particulier. Le médecin devra environner sa malade de toutes les conditions hygiéniques favorables, s'attacher à combattre les complications, et attendre la terminaison de l'accouchement, qui souvent fera disparaître la maladie. Du moins, c'est l'avis d'Esquirol[1] : toute manie qui reconnaît pour cause un trouble dans les fonctions cesse dès que ces fonctions se sont rétablies. La grossesse peut, jusqu'à un certain point, être assimilée à un trouble fonctionnel. J'observe, avec MM. Gendrin et Falret, une jeune dame qui, en 1858, fut prise de manie au cinquième mois, et au septième accoucha d'un enfant mort. Quinze jours après, trompant toute surveillance, elle se précipitait par la fenêtre du deuxième étage, et, par un bonheur inespéré, elle ne se cassait que deux dents. Elle passa près d'une année chez M. Falret, et aujourd'hui (1860) elle est enceinte de nouveau et arrivée au sixième mois, sans accidents bien caractérisés; mais cependant elle est plus excitée que dans l'état ordinaire.

§ 14. — Des crampes.

Les crampes des membres inférieurs sont déterminées par la compression que l'utérus exerce sur les nerfs cruraux. L'art ne possède aucun moyen de les prévenir; seulement, il peut les pallier par des frictions et le massage, au moment de leur apparition.

§ 15. — Névralgies.

Les femmes enceintes se plaignent souvent de *céphalalgie*, de *douleurs de dents*, de *douleurs de reins*, de *points de côté*, de *coliques*, qui peuvent être le symptôme d'affections différentes, mais qui, le plus souvent, ne sont autre chose que de véritables névralgies. Des matériaux que je dois à l'obligeance de mon ami le docteur Marrotte me permettront, ainsi que je l'ai déjà dit, de donner à cet article plus de développement qu'il n'en reçoit ordinairement dans les traités d'accouchements.

Le *mal de tête* se montre souvent chez la femme enceinte dès les premiers jours de la conception : aussi quelques accoucheurs ont-ils voulu voir dans ce symptôme un signe de grossesse. Plus souvent il ne se manifeste pas, ou il n'apparaît qu'à des époques indétermi-

[1] *Des maladies mentales.* Paris, 1838.

nées, et n'a rien de fixe dans sa durée, dans son intensité et dans son siége. Purement sympathique dans certains cas, et constituant une simple céphalalgie sans caractère déterminé, cet accident se lie, dans d'autres, à la pléthore; dans d'autres, plus nombreux, à l'anémie, à l'état nerveux; mais alors son siége sur un des côtés de la tête, et le plus ordinairement sur l'un des points d'émergence des nerfs sus-orbitaires ou temporaux, ses exacerbations, sa mobilité, etc., ne permettent pas de méconnaître sa nature névralgique.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'*odontalgie;* elle est due, dans quelques cas, à une congestion sanguine des mâchoires, à une carie des dents; mais il est plus ordinaire de rencontrer des douleurs intermittentes qui siégent dans l'une et dans l'autre mâchoire, dans plusieurs dents à la fois, qui s'étendent de l'arcade alvéolaire aux parties voisines, à la face, à la tempe, à l'oreille.

Les émissions sanguines modérées, si l'on soupçonne un peu de congestion alvéolaire, des frictions exercées sur les gencives avec une brosse à dents un peu rude, suffisent ordinairement; les narcotiques en gargarisme, si la douleur est nerveuse; les applications d'hydrochlorate de morphine, à la dose de 1 à 4 centigrammes par jour, sur la surface dénudée d'un vésicatoire; le sulfate de quinine, s'il y a des intermittences marquées, constituent le traitement de l'odontalgie. Si cette névralgie était due à une carie dentaire, l'extraction de la dent ne devrait être faite qu'autant que la malade en éprouverait des douleurs insupportables. On ne devrait, dans tous les cas, se résoudre à employer ce moyen que si tous les autres avaient échoué. En effet, la commotion, l'ébranlement général que peut déterminer une douleur aussi vive que celle produite par l'avulsion d'une dent, peut déterminer un avortement.

Les *douleurs de reins*, dont tant de femmes se plaignent pendant la grossesse, ont été expliquées par la compression des branches antérieures des nerfs sacrés; mais ces explications, bonnes pendant le travail et lorsque l'utérus éprouve un abaissement plus ou moins prononcé, n'ont plus de valeur lorsque cet organe est trop élevé pour comprimer les cordons nerveux. La pléthore locale, dans quelques cas, plus souvent une névralgie des plexus du grand sympathique ou des plexus sacrés, en rendent un compte plus satisfaisant.

La nature névralgique des *points de côté* que les femmes enceintes éprouvent dans différentes parties de l'abdomen ne saurait être mise en doute. Le siége est limité dans un lieu qui, tantôt reste le même et tantôt varie, mais qui toujours siége sur un des points d'émergence des plexus lombo-abdominaux et sacrés. La douleur est limitée dans un petit espace; elle augmente par la pression; elle varie d'intensité;

elle n'est jamais régulièrement continue, et le plus souvent elle revient par accès. Ces points douloureux peuvent être temporaires; ils peuvent aussi se prolonger pendant toute la durée de la grossesse. J'ai assisté une dame qui, chaque fois qu'elle devenait enceinte, était tourmentée de la même douleur dans le même point. Cette circonstance était même devenue pour elle un signe certain de grossesse.

Dans la pluralité des cas, ces névralgies très-communes sont assez peu intenses pour conserver le nom de points de côté, que leur donnent les femmes et les médecins eux-mêmes; d'autres fois elles deviennent plus vives, et sont prises pour d'autres affections. Une des clientes du docteur Marrotte se plaignait à lui d'éprouver de vives coliques dans le ventre; un examen attentif ayant démontré que ces douleurs siégeaient sur un seul côté de l'abdomen, qu'elles occupaient des parties superficielles et des points limités, et enfin qu'elles revenaient par accès périodiques, leur caractère névralgique devint incontestable. Des cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent, et quelque doses de sulfate de quinine, triomphèrent de cette complication, qui ne reparut plus. Cette dame n'avait pas éprouvé d'accidents semblables avant sa grossesse.

Ces névralgies ne se bornent pas toujours aux parois abdominales, elles atteignent aussi les parties génitales externes et internes.

Une femme qui était entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marrotte, quelque temps avant de faire ses couches, éprouvait des élancements, non-seulement au niveau des vertèbres lombaires, au niveau des crêtes iliaques antérieure et postérieure, le long du trajet du canal inguinal, mais un point douloureux siégeait dans l'intérieur du vagin, vers le pubis du côté droit, et un autre sur la lèvre antérieure du col même de l'utérus.

L'expression de coliques dont se servent un certain nombre de femmes, pour caractériser ces accès, porte à penser que cela a lieu plus souvent qu'on ne le suppose, et que ces accès sont accompagnés d'un peu de ténesme utérin.

L'existence de la névralgie dans l'utérus lui-même explique encore la sensibilité excessive de certaines femmes aux mouvements de l'enfant. Le caractère du mal est méconnu, parce qu'habituellement les douleurs restent sourdes; mais il y a des cas où il ne peut échapper à un examen attentif : c'est ce qui arriva dans une observation recueillie à l'hôpital par un des élèves de M. Marrotte, et sous son inspiration.

Une femme de vingt-huit ans, enceinte de huit mois, la nommée Mongrolle, entra à l'hôpital Sainte-Marguerite le 6 janvier 1851, se plaignant de douleurs excessivement fortes dans l'abdomen. Elles avaient été précédées de douleurs du même genre, ayant pour siége

la tête et le cou. Celles-ci avaient paru au commencement du deuxième mois de la grossesse ; elles se manifestaient par des attaques d'une durée moyenne de deux à quatre jours; elles étaient toujours très-vives, et n'envahissaient jamais qu'un seul côté à la fois ; mais elles passaient alternativement de l'un à l'autre. Des pilules de Méglin et des emplâtres opiacés avaient été conseillés; sous l'influence de ces moyens, les douleurs de tête s'étaient notablement amorties sans disparaître complétement; mais les douleurs abdominales étaient tellement pénibles qu'elles absorbaient toute l'attention de la malade. Il a été impossible de préciser avec exactitude l'époque à laquelle ces dernières se sont montrées. Tout ce que la femme Mongrelle put affirmer, c'est qu'elles étaient postérieures aux autres. Elle les a regardées, dans les premiers temps, comme des douleurs liées à son état. Elles ont pris de l'accroissement à mesure que la grossesse avançait. Une saignée et des bains chauds conseillés vers le quatrième mois n'amenèrent aucun soulagement.

Pour caractériser ses douleurs, la malade se servait du mot de coliques; mais des symptômes pathognomoniques, dans le détail desquels la nature de cet ouvrage ne me permet pas d'entrer, démontraient leur nature névralgique. Tout ce qu'il est nécessaire de dire, c'est que les douleurs étaient remarquables par leur intensité et par le nombre des points douloureux observés à droite et à gauche. Indépendamment de ceux qui siégeaient au dos et aux lombes, on en rencontrait un au-dessus du ligament de Fallope, vers sa partie moyenne, du côté droit; un autre dans la grande lèvre du même côté. Enfin le col de l'utérus présentait dans toute sa circonférence une sensibilité très-exaltée : le contact du doigt arrachait des cris à la malade.

Les pilules de Méglin, qui avaient été efficaces une première fois, et des mèches enduites de pommade belladonisée apaisèrent les douleurs d'une manière notable. Dès le 10 janvier (cinq jours après l'entrée à l'hôpital), on pouvait espérer une prompte guérison, lorsque la névralgie reprit son intensité première, et s'accompagna d'une particularité importante au point de vue obstétrical. Les élancements douloureux étaient ordinairement suivis d'un soulèvement marqué de la paroi abdominale dans la région hypochondriaque gauche. En étudiant ce dernier phénomène, M. Marrotte ne tarda pas à acquérir la certitude qu'il se rattachait aux mouvements actifs du fœtus. Appliquant à plusieurs reprises la main sur ce point du ventre qui correspondait au fond de l'utérus, il sentit chaque fois un choc évidemment occasionné par les pieds de l'enfant, et qui arrachait un cri à la malade. Ce choc était suivi d'une contraction partielle et lente du point correspondant de l'utérus, qui s'arrondissait en une tumeur

du volume d'une grosse orange, et soulevait la paroi abdominale. Les pilules de Méglin, les mèches belladonisées, un vésicatoire appliqué à la région hypogastrique et pansé avec l'hydrochlorate de morphine, produisirent un calme de plus en plus prononcé, et le 15 janvier les mouvements du fœtus provoquaient moins de douleurs, et n'étaient pas suivis de contractions partielles de l'utérus.

Une nouvelle exacerbation suivit bientôt ce calme passager. Dans la nuit du 15 au 16 janvier, les douleurs reparurent avec une nouvelle force, qu'elles conservèrent jusqu'au lendemain midi. Les nuits suivantes, nouveaux accès accompagnés de symptômes fébriles : frissons, chaleur et sueur, qui se renouvellent évidemment sous le type double-tierce, et pendant lesquels se reproduisent les contractions partielles et douloureuses de l'utérus, sollicitées par les mouvements du fœtus.

A cette circonstance remarquable du type s'en joignit une autre beaucoup plus importante au point de vue de la grossesse et du travail. Pendant le premier accès, les douleurs les plus aiguës avaient leur siége dans les reins, et leur intensité seule empêchait de les prendre pour les douleurs de l'enfantement. Pendant la rémission, alors qu'elles étaient sourdes, la malade leur reconnut, sans hésiter, un caractère différent de celui des douleurs névralgiques, et les rapporta à un commencement de travail.

Dans les accès suivants, la nature des douleurs se transforma d'une manière lente, mais qui devint manifeste les trois derniers jours qui précédèrent l'accouchement. Elles perdirent insensiblement leur caractère pathologique pour prendre celui des véritables douleurs de reins. Des modifications correspondantes eurent lieu dans l'état du col : le 16 janvier, il présentait encore un bourrelet épais et légèrement saillant ; le 1er février, il était aminci et complétement effacé ; le 2, la dilatation égalait en largeur une pièce d'un franc. En même temps que la dilatation s'opérait, la névralgie se concentrait de plus en plus vers la matrice : le 1er février, le doigt, promené sur l'orifice utérin, déterminait une douleur assez forte pour arracher des cris, tandis que les points cutanés étaient à peine sensibles. Le travail marchait avec une grande lenteur, comme on le voit : le 3 février seulement, les douleurs, sans perdre entièrement leur caractère névralgique, se régularisèrent et déterminèrent des contractions synergiques des parois abdominales. La malade n'accoucha que le 4 à onze heures du matin ; c'est-à-dire que, malgré l'emploi simultané des pilules de Méglin, du sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour, et des mèches belladonisées, malgré une cautérisation superficielle du col de l'utérus avec le nitrate d'argent pratiquée le

2 février, cautérisation qui, pour le dire en passant, enleva comme par enchantement la sensibilité pathologique de cet organe ; malgré tous ces moyens réunis, la névralgie ne céda pas complétement, entretenue sans doute par le travail, et celui-ci fut prolongé pendant neuf à dix jours par la présence de la névralgie. A partir de l'accouchement, toute douleur névralgique disparut pour ne plus revenir.

Si nous récapitulons les points principaux de cette remarquable observation, nous trouvons :

1° La participation de l'utérus à la névralgie constatée par le toucher, constatée par l'impression pénible que produisait le choc de l'enfant ;

2° La contraction partielle évidente de l'utérus, qui aurait pu devenir générale si les narcotiques à haute dose à l'intérieur et à l'extérieur n'avaient modifié la névralgie ;

3° L'action réciproque du travail sur le retour des douleurs, et des douleurs sur la lenteur excessive et la fatigue du travail.

Autant de sujets de recherches importantes propres à expliquer, les unes la sensibilité excessive de certaines femmes aux mouvements du fœtus; les autres, certains avortements, certains accouchements prématurés; d'autres enfin, la durée et la fatigue du travail dans quelques accouchements à terme.

Je suis d'autant plus disposé à adopter cette manière de voir que j'écrivais les lignes suivantes dans ma précédente édition :

« Les femmes enceintes éprouvent assez souvent des points douloureux, dans différentes parties de l'abdomen. Souvent ils sont déterminés par les mouvements actifs du produit, et tiennent le plus ordinairement à un état de souffrance particulier d'un point de l'utérus. Souvent aussi la femme accuse plutôt un sentiment de crampe qu'une véritable douleur ; cette sensation est indépendante des mouvements actifs ; elle peut se manifester dans différents points ou dans un seul, revenir par accès ou se prolonger pendant toute la grossesse. »

Il serait superflu, je crois, d'insister, dans un livre comme le mien, sur le traitement des névralgies. Indépendamment des indications générales fournies par la pléthore, l'anémie et l'état nerveux, les névralgies comportent les narcotiques à l'intérieur ; et à l'extérieur, les modificateurs irritants (vésicatoires, cautérisations avec le nitrate d'argent), chez les femmes enceintes aussi bien que chez celles qui ne le sont pas. Je dois donc laisser à l'expérience et à la sagacité de chaque médecin l'emploi et la direction des moyens de traitement.

ARTICLE III.

DE L'ALBUMINURIE.

Le docteur Cahen, adoptant les idées de son maître M. Rayer, n'a pas hésité à rattacher à la néphrite albumineuse l'existence de l'albuminurie chez les femmes enceintes. Mais les obscurités qui règnent encore à ce sujet, malgré les recherches de MM. Devilliers fils et Regnauld, Braunt[1], Imbert-Gourbeyre[2], Leudet[3] et Lorain[4], m'engagent à suivre l'exemple du docteur Blot[5], et à considérer la présence de l'albumine dans les urines comme un symptôme se rattachant à des causes diverses.

A l'état normal, il n'existe pas d'albumine dans l'urine des femmes enceintes. Sur 205 femmes dont M. Blot a indistinctement examiné l'urine, 41 seulement ont présenté de l'albumine.

La proportion de cet élément est très-variable : tantôt il n'en existe que des traces, tantôt on en trouve une quantité considérable.

Les urines ont, dans la majorité des cas, une grande pesanteur spécifique, un excès d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque, une couleur foncée, quelquefois même rouge, et due à la présence de globules sanguins; elles se présentent, en un mot, avec les caractères qu'on lui retrouve dans quelques maladies accompagnées accidentellement de congestion des reins, et spécialement dans la scarlatine. Ces caractères s'observent dans les deux tiers des cas.

D'autres fois, elles sont pâles, décolorées, peu chargées de sels et analogues à celles de la néphrite albumineuse chronique.

Le passage de l'albumine dans les urines n'a lieu quelquefois que pendant le travail; d'autres fois il le précède de quelques jours, de quelques semaines; on l'observe chez d'autres femmes plusieurs mois avant l'accouchement, rarement cependant avant le quatrième mois: tels sont au moins les résultats obtenus par M. Blot.

Quelle que soit l'époque de son apparition, l'albuminurie disparaît, dans la pluralité des cas, peu d'heures ou peu de jours après l'expulsion du produit. Lorsqu'elle persiste au delà de ce terme, elle est liée à la néphrite albumineuse chronique.

[1] *Essai sur l'éclampsie.* (Revue étrangère médico-chirurgicale. Paris, 1858.)

[2] *Mémoires de l'Académie impériale de médecine.* Paris, 1856, t. XX.

[3] *Gazette hebdomadaire de médecine,* 1854.

[4] *De l'albuminurie.* Paris, 1860, p. 121 et suiv. — Valleix, *Guide du médecin praticien,* 4e édit., par Racle et Lorain. 1860, t. IV, p. 605.

[5] *Thèses de la Faculté de médecine de Paris,* 1849.

Toutes les femmes enceintes peuvent être atteintes d'albuminurie ; mais, par une prédilection dont on n'a pas compris jusqu'ici la raison, elle atteint les primipares en plus grande proportion.

Des causes appréciables, telles qu'une maladie du cœur, l'obstacle apporté à la circulation veineuse des reins par la grossesse, certaines inflammations de la vessie, des uretères, des calices et des bassinets, expliquent la présence de l'albumine dans les urines ; mais il est rare alors qu'elle s'y trouve en quantité considérable. Quelques autopsies ont prouvé que l'albuminurie était symptomatique de la néphrite albumineuse dans certains cas fort rares ; aucun des auteurs qui se sont occupés de ce sujet ne nous a appris si ces cas étaient ceux où l'urine est décolorée et peu chargée de sels. Le plus souvent, la présence de l'albumine ne peut s'expliquer que par une congestion active des reins, comme cela a lieu dans la scarlatine. Cette congestion existerait toujours, selon M. Cahen ; des autopsies pratiquées par M. Blot ont prouvé que cette règle trouvait des exceptions. Aussi a-t-il invoqué l'irritation nerveuse des reins, sympathique de la grossesse, comme une des causes probables de l'albuminurie dans certains cas. Cette explication me paraît problématique.

La plupart des causes que je viens d'énumérer sont ce que j'appellerai des causes prochaines ; après la primiparité, on n'a pas découvert jusqu'ici les influences hygiéniques ou physiologiques qui déterminent cette complication de la grossesse.

Par elle-même l'albuminurie des femmes enceintes ne conduit presque jamais à la mort, à moins qu'elle ne soit symptomatique de la néphrite albumineuse chronique ; cette terminaison funeste, lorsqu'elle a lieu, résulte de complications plus ou moins graves. Les complications les plus ordinaires consistent dans des congestions sanguines et séreuses, qui n'ont pas une grande valeur tant qu'elles ont pour siége le tissu cellulaire ou un organe de peu d'importance, mais qui peuvent devenir mortelles si elles atteignent un organe essentiel à la vie, tel que le cerveau ou les poumons. Les hydropisies du tissu cellulaire qu'il n'est pas rare d'observer chez les femmes enceintes, l'éclampsie qui se déclare pendant la grossesse ou au moment du travail, reconnaissent pour cause des congestions de ce genre ; mais un article spécial étant consacré à chacune de ces affections, je me contenterai d'examiner l'influence exercée par l'albuminurie sur la marche de la grossesse, l'avortement et l'accouchement prématuré.

Ici nous nous trouvons entre deux assertions contradictoires : M. Cahen disait, au moment où il publiait sa thèse, que, jusqu'à ce jour, il ne lui était pas arrivé de trouver chez une femme enceinte,

plus ou moins atteinte d'anasarque, que la grossesse ait suivi une marche régulière lorsqu'il reconnut la présence de l'albumine dans l'urine ; l'avortement, l'accouchement prématuré, conséquence eux-mêmes d'une congestion utérine, d'une apoplexie placentaire, de la mort du fœtus, seraient, selon lui, les conséquences fréquentes de l'albuminurie. M. Blot affirme de son côté que cette influence est loin d'être démontrée.

Les faits soumis à mon observation ne me permettent pas de partager entièrement les opinions de MM. Rayer et Cahen ; je pense, avec M. Blot, que la grossesse et les suites de couches parcourent régulièrement leur marche chez un grand nombre de femmes qui ont présenté de l'albumine dans les urines et même de l'infiltration séreuse pendant leur grossesse ; mais je suis disposé à admettre que, dans certains cas qui ont été incomplétement déterminés jusqu'ici, l'avortement ou l'accouchement prématuré ont été la conséquence de l'albuminurie.

La divergence d'opinion des auteurs que je viens de citer tient peut-être, en grande partie, au théâtre différent sur lequel ils ont observé. M. Blot, étudiant indistinctement toutes les femmes de la Maternité qui présentaient des urines albumineuses, a dû rencontrer rarement des accidents qui parussent se rattacher à cette circonstance. La présence de l'albumine dans les urines pendant quelques heures, quelques jours, et même pendant deux ou trois semaines, n'a pas dû suffire, en général, pour troubler le cours de la grossesse. MM. Rayer et Cahen, au contraire, dont les observations ont été recueillies à la charité, ont dû rencontrer une grande proportion de cas graves, ceux qui forçaient les malades à entrer à l'hôpital. N'y a-t-il pas d'ailleurs quelque contradiction à regarder le développement de l'éclampsie et d'un grand nombre d'hémorrhagies après l'accouchement comme nécessairement lié à l'existence de l'albuminurie, et à ne pas vouloir que des fluxions et des congestions sanguines, analogues à celles qui président au développement de ces deux accidents redoutables, ne puissent se développer à une période moins avancée de la grossesse, solliciter les contractions utérines, déterminer des apoplexies placentaires, etc. ? Je laisserai aux pathologistes le soin de tracer la pathogénie de ces congestions sanguines, de décider si elles sont une conséquence d'une altération du sang, consécutive elle-même, à l'émission de l'albumine du sang par les urines ; ou si, au contraire, tous ces accidents (albuminurie, congestions sanguines ou séreuses) sont sous la dépendance d'un même état morbide général. Ce qu'il m'importe de constater, c'est la possibilité de voir la grossesse menacée dans son cours chez une femme atteinte d'albuminurie, sur-

tout si ce symptôme s'est manifesté à une époque peu avancée de la grossesse, s'il est considérable, s'il s'accompagne d'œdème, etc. ; si la décoloration des urines, les douleurs lombaires, etc., font soupçonner l'existence d'une véritable néphrite albumineuse.

Le traitement de l'albuminurie chez les femmes enceintes sera calqué sur celui du même symptôme à la suite de la scarlatine. S'il existe des signes de pléthore et de congestions viscérales, si le pouls est fort, plein, développé, si les urines sont rouges, chargées de sels, la saignée, les délayants seront indiqués ; on y joindra avec avantage l'usage des minoratifs salins (crème de tartre, sulfate de soude, de magnésie), les diurétiques froids (nitre, digitale).

Les purgatifs salins et les diurétiques froids seront seuls employés dans les cas où la pléthore séreuse paraîtra l'emporter sur la pléthore sanguine.

Si les signes d'anémie sont manifestes, le fer, les toniques (quinquina), les amers, les diurétiques chauds (vin diurétique amer de la Charité), trouveront leur indication.

HYDROPISIES DU TISSU CELLULAIRE.

Suivant MM. Devilliers fils et Regnauld [1], les hydropisies du tissu cellulaire chez les femmes enceintes se distinguent en : 1° œdèmes ou anasarques simples avec affection des organes de la respiration et de la circulation ; 2° œdèmes ou anasarques avec albuminurie. Leurs causes générales sont d'abord les modifications éprouvées surtout par le sang, dans lequel, outre la diminution des globules et l'augmentation de la fibrine et du sérum, on remarque une diminution notable de l'albumine (de 68,6 à 66,4 au lieu de 70 pour 1,000, comme cela a lieu en vacuité), principalement vers les derniers mois ; les privations, les fatigues, les affections morales, le refroidissement, la pléthore, etc. Enfin, pour l'anasarque avec albuminurie, diverses altérations des reins, telles que la congestion à divers degrés et l'affection granuleuse de ces organes.

Dans l'œdème simple, la production de l'infiltration, limitée presque toujours à la moitié inférieure du corps, reconnaît surtout pour cause locale la gêne de la circulation par la tumeur utérine.

Les hydropisies du tissu cellulaire se développent, en général, dans les trois derniers mois de la grossesse, rarement plus tôt, et apparaissent graduellement. Dans l'œdème simple, elles se bornent aux membres inférieurs et à la partie inférieure du tronc ; elles mon-

[1] *Hydropisie des femmes enceintes.* (Archives générales de médecine, 4e série, 1848, t. XVI, p. 158.

tent plus haut lorsqu'elles sont la suite d'affections organiques du cœur, etc. Elles envahissent presque toujours les parties supérieures du corps, principalement le visage, lorsqu'elles ont pour cause l'albuminurie.

Quelquefois on observe, avant le début de l'infiltration séreuse, des symptômes de pléthore, des malaises, de la céphlalgie ; le plus souvent elle n'est précédée par aucun signe précurseur.

Dès qu'elle a paru, elle persiste, en général, pendant tout le reste de la grossesse, augmentant vers la fin de la journée, si l'œdème est simple et a son siége aux parties inférieures du corps, et disparaissant ou diminuant le matin sous l'influence du repos horizontal ; augmentant au contraire à ce dernier moment de la journée et diminuant le soir, si l'œdème occupe les parties supérieures du corps et se lie surtout à une albuminurie.

Dans ce dernier cas et lorsqu'il y a affection organique du cœur, l'infiltration séreuse peut prendre une extension telle qu'elle finit par gêner la respiration, empêcher la marche et même envahir plus tard toutes les cavités splanchniques y compris celles du cerveau. On la voit cependant, parfois, diminuer de volume aux approches du travail de l'accouchement. Après celui-ci elle disparaît généralement en fort peu de jours (2 à 8) quelle qu'en ait été la cause.

Les hydropisies du tissu cellulaire, chez les femmes enceintes, n'offrent donc de gravité réelle qu'autant qu'elles se lient à des maladies organiques du cœur, des poumons, ou à une albuminurie.

Dans ce dernier cas, en effet, l'un des plus importants à étudier, MM. Devilliers fils et Regnauld ont observé dans près de la moitié des cas le développement de convulsions puerpérales soit avant, soit pendant, soit après le travail. Aussi ne doit-on jamais négliger, lorsque chez une femme enceinte on observe des traces d'œdème assez prononcées, surtout aux mains et au visage, de faire l'analyse de ses urines à l'aide de l'acide nitrique et de la chaleur, afin de s'assurer si elles ne contiennent pas de traces d'albumine, cas dans lequel on se tiendrait sur ses gardes et l'on prêterait la plus grande attention aux symptômes précurseurs des convulsions et surtout au traitement prophylactique. (Voyez à l'article *Éclampsie*.)

Quant au traitement de l'hydropisie elle-même, lorsqu'on s'est assuré qu'elle est simple, dépourvue des complications graves qui viennent d'être indiquées, bornée aux extrémités inférieures du corps, le repos horizontal suffit pour en obtenir la diminution ; mais la saignée est indispensable au début, si l'on observe quelques symptômes de pléthore. On y joindra l'usage des diurétiques et des toniques si l'œdème persiste et augmente, et si la constitution paraît af-

faiblie. L'anasarque qui accompagne les affections du cœur exige le même traitement que ces maladies. Celle qui est déterminée par le passage de l'albumine, par les urines, demande l'emploi des évacuations sanguines locales à la région lombaire, lorsqu'on soupçonne une congestion des reins, la saignée générale lorsqu'il y a symptômes de congestion au cerveau, et de plus les diurétiques, la digitale surtout, les laxatifs légers associés aux préparations ferrugineuses, le tout administré pendant longtemps et avec toutes les précautions convenables, suivant les indications posées plus haut.

Lorsque, malgré les moyens mis en usage, l'anasarque a augmenté au point de distendre à l'excès les téguments des membres inférieurs et les lèvres de la vulve, il peut devenir nécessaire, aux approches du travail, de pratiquer des mouchetures nombreuses, mais éloignées les unes des autres, afin d'obtenir un écoulement artificiel et plus rapide de la sérosité, et d'éviter un obstacle et des lésions au moment de l'engagement de la partie fœtale à travers les organes génitaux externes. Il ne faut cependant les mettre en usage que dans un cas de nécessité absolue, puisqu'elles peuvent être suivies de gangrène. J'ai vu une femme, dont les cuisses et les grandes lèvres étaient aussi infiltrées que possible, accoucher seule. L'ascite et l'hydrothorax ont quelquefois aussi exigé la ponction avant le travail de l'accouchement.

L'anasarque, ou l'infiltration générale, constitue une affection grave qui peut entraîner la mort de la femme, avant qu'elle ait atteint son terme. Mais ce n'est, en général, qu'après le terme de la viabilité fœtale que l'œdème peut acquérir un développement aussi inquiétant. Si donc, à cette époque, tous les moyens indiqués plus haut avaient échoué, et si tout faisait craindre une issue funeste, on aurait recours à l'accouchement prématuré artificiel. (Voyez plus bas, *Vices de conformation du bassin pendant la grossesse.*)

ARTICLE IV

DES CONVULSIONS ET DE L'ÉCLAMPSIE.

Les affections convulsives dont les femmes peuvent être atteintes pendant la grossesse, le travail et les couches, sont de plusieurs espèces.

De ces affections convulsives, les unes sont des maladies le plus ordinairement préexistantes, dont le cours n'a été ni interrompu ni modifié par l'état de l'utérus, et qui restent, à leur tour, sans influence sur ses fonctions: telles sont l'hystérie, la catalepsie, l'épilepsie; les

autres se rattachent à la grossesse qui tantôt en est la cause immédiate, tantôt la cause occasionnelle seulement, mais qui, dans tous les cas, leur donne des caractères communs.

Cette seconde catégorie, la seule qui doive m'occuper, est désignée sous le nom commun d'*éclampsie*.

On distingue plusieurs espèces d'éclampsie : l'*épileptiforme*, l'*hystériforme*, la *cataleptiforme* et la *tétanique*.

L'*éclampsie épileptiforme* est la plus commune; elle peut se manifester pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches. Rare jusqu'au sixième mois, elle s'observe plus souvent après l'accouchement, mais elle est surtout fréquente pendant le travail. Comme elle présente pour le traitement des dissemblances très-importantes à noter, suivant qu'elle se manifeste à l'une ou à l'autre de ces époques, je l'envisagerai d'abord pendant la grossesse.

L'éclampsie épileptiforme est, comme je l'ai dit, rare dans les premiers mois de la grossesse ; ce n'est, en général, qu'à sept ou huit mois qu'elle se manifeste. Je l'ai cependant observée chez la femme d'un jeune confrère enceinte de deux mois : elle ne céda qu'après l'expulsion du produit. Cet accident est malheureusement plus fréquent qu'on ne le pense généralement, surtout dans les hôpitaux. On a cependant avancé le contraire.

Selon quelques-uns, la proportion des cas d'éclampsie serait de trois sur deux mille accouchements. D'après les relevés de madame Lachapelle, elle se manifesterait à peu près une fois sur deux cents, et, suivant Merriman, Cusak, Granville, Collins, Churchill, Renton, Simpson, etc., une fois seulement sur quatre cents. J'ai pu observer, à la Clinique, douze cas d'éclampsie épileptiforme, un d'éclampsie hystériforme. Je possède toutes ces observations, qui sont consignées sur le registre de la Clinique. Mais encore ici, comme dans les autres maternités, cette affection s'observe plus souvent qu'à la ville, parce que bien des malades qui seraient restés chez eux sont apportés à l'hôpital.

L'éclampsie se manifeste indifféremment à toutes les époques de l'année ; cependant, soit que cela tienne à l'imitation, soit que cela dépende d'une influence atmosphérique particulière, on a remarqué, dans les hôpitaux consacrés aux femmes en couches, que plusieurs de celles-ci étaient atteintes en même temps. C'est une observation déjà faite par madame Lachapelle, et que j'ai pu vérifier par moi-même.

Cette affection est caractérisée par des mouvements musculaires indépendants de la volonté, désordonnés et en désaccord avec les besoins de l'individu.

1. Causes [1].

Cause essentielle. La grossesse, par suite des modifications qu'elle imprime à toute l'économie, et surtout au liquide sanguin dans lequel MM. Devilliers et Regnauld ont particulièrement observé une diminution très-sensible de l'albumine.

a. Causes prédisposantes. La primiparité, surtout à un âge avancé. Sur quatre-vingt-cinq cas observés par le docteur Collins, de Dublin, il y a eu soixante-treize primipares. Ramsbotham révoque en doute cette proportion; cependant il est bon de faire remarquer que, sur vingt-six cas recueillis par cet accoucheur, il y en a quatre où les renseignements sur la primiparité manquent complétement, et sur les vingt-deux qui restent on trouve quinze primipares; — l'albuminurie, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'infiltration : dans tous les cas d'éclampsie que j'ai observés, les femmes étaient plus ou moins infiltrées. On a vu à l'article *Hydropisies du tissu cellulaire* l'importance de ce symptôme et le siége qu'il occupait principalement aux parties supérieures du corps chez les femmes prédisposées à l'éclampsie. Il est cependant nécessaire d'ajouter que, dans quelques cas rares, on ne remarque aucune trace d'infiltration; — le *rachitisme,* parce que, dans ce cas, la capacité abdominable est, en général, moins extensible, et que l'utérus s'y trouve comprimé, enfin parce qu'au moment du travail l'étroitesse plus ou moins prononcée du bassin met un obstacle plus ou moins sérieux à l'accouchement : cette dernière cause, envisagée sous ce point de vue, deviendrait *occasionnelle;* — des conditions atmosphériques particulières; l'idiosyncrasie des individus. Quant au tempérament sanguin, M. P. Dubois ne le regarde pas comme une prédisposition. M. Stoltz est d'un avis contraire, aussi regarde-t-il la congestion cérébrale, qui se manifeste souvent chez les femmes enceintes pléthoriques, comme une des causes principales de l'éclampsie; — l'existence de convulsions dans des grossesses précédentes; — la distension extrême de l'utérus, quelle qu'en soit la cause; — un état saburral des premières voies (Chaussier, Merriman). L'épilepsie a été aussi regardée comme une prédisposition à l'éclampsie. Il est certain qu'on a souvent vu cette affection modifiée par la grossesse; mais elle se manifeste souvent aussi dans l'état puerpéral, avec un cachet véritablement éclamptique.

b. Causes occasionnelles. — Les impressions morales vives et subites; l'imitation; la douleur aiguë, surtout celle qui accompagne la dila-

[1] Voyez le remarquable travail de M. Gendrin et ses leçons. *Gazette des Hôpitaux,* 3 janvier 1854.

tation du col utérin, ce qui explique pourquoi l'éclampsie se manifeste le plus ordinairement au moment des douleurs préparentes. Toutes les causes de dystocie; l'étroitesse du bassin, la trop grande résistance des membranes, de l'orifice, du périnée, les présentations irrégulières, etc., etc.

Ces causes n'exercent leur influence que pendant le travail et les manœuvres obstétricales, quelles que soient les circonstances qui nécessitent leur usage.

Mais la cause occasionnelle la plus évidente est encore due, dans ces cas, à la réaction sympathique de l'utérus sur l'économie.

2. Phénomènes précurseurs.

L'éclampsie est, en général, annoncée par des symptômes précurseurs ; d'autres fois elle se déclare d'une manière subite, mais cela est rare. Elle est précédée d'une céphalalgie intense (Hamilton, Denman), phénomène le plus important à noter, à cause de sa constance et de sa persistance; il s'accompagne toujours d'une douleur épigastrique (Chaussier), de troubles dans la vision, de bluettes, de flammes passant rapidement dans les yeux, de cécité, de vertiges, de tintement d'oreilles, d'embarras dans la parole, et d'une marche incertaine, souvent d'une douleur fixe et constante dans un point limité de l'épine dorsale (Burns).

Quelques jours, ou seulement quelques heures avant l'invasion des attaques, les malades sont impatientes, agacées, irritables ; d'autres fois, elles ont un air d'hébétude, regardent fixement et répondent à contre-sens aux questions qu'on leur adresse.

Chez la femme pléthorique, le pouls est plein, dur et lent, la face est animée ; chez les femmes infiltrées, la face, au contraire, est pâle, le pouls petit, serré, dur; la peau est froide; il y a de petits frissons et des picotements dans les membres.

3. Invasion de l'accident.

Première période. — Le regard devient fixe, les pupilles se dilatent, les yeux tournent jusqu'à ce que les cornées se fixent en haut, soit à droite, soit à gauche. La respiration se suspend ordinairement, et il y a abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales.

Deuxième période. — Une ou deux secousses du tronc succèdent à ces premiers phénomènes; alors une des commissures des lèvres est tirée en dehors, du côté où se dirigent les yeux; la bouche s'ouvre lentement et largement, la langue sort, la tête s'incline du même côté, la face se colore, un raptus considérable du sang a lieu vers la tête, enfin les mâchoires se rapprochent.

Troisième période. — Clignotement des yeux; la bouche est agitée, comme si la femme marmottait; les narines sont entraînées en haut et en dehors, le menton s'allonge; les membres supérieurs se placent en pronation forcée, les poings fermés sont appliqués sur les côtés du tronc, les jambes sont raides, le tronc renversé en arrière comme dans le tétanos; enfin des secousses de tout le corps et de chaque muscle en particulier se manifestent, puis les secousses se ralentissent et l'accès cesse.

A. *Pendant l'accès*, comme je viens de le dire, les phénomènes respiratoires sont ordinairement suspendus; on voit, en effet, le plus souvent les côtes rester immobiles. Cependant il pénètre assez d'air dans les voies aériennes pour produire une salive spumeuse qui s'échappe au dehors. Cette salive est ordinairement sanguinolente, par suite des morsures de la langue. Néanmoins, il y a, dans ce cas, asphyxie momentanée, car la face et les extrémités deviennent bleues.

D'autres fois la respiration n'est qu'irrégulière, bruyante, saccadée.

Le pouls est devenu fréquent, les battements du cœur sont très-précipités, puis ils deviennent irréguliers, et finissent par cesser tout à fait. La face, le cou et les jugulaires se gonflent, les carotides battent avec violence.

Quelques-uns de ces phénomènes peuvent manquer et varier quant à leur intensité. Tel est le raptus du sang vers le cerveau; telle est l'immobilité des côtes qui n'existe pas toujours, et qui, par suite, ne suspend pas la respiration.

B. *Après l'accès* survient la stupeur; l'abolition des facultés intellectuelles et sensoriales continue; il y a résolution presque complète des membres, cependant les doigts restent fléchis, et quelquefois aussi les avant-bras sont contractés; mais ils se résolvent dès qu'on les a étendus. La mâchoire inférieure reste fortement contractée, les paupières sont rapprochées, et il est facile de les écarter; la pupille est rétractée et mobile; la respiration est haute, large, stertoreuse; la circulation est ordinairement très-rapide; le pouls est fréquent et irrégulier; si la femme est couchée sur le côté, le ventre non contracté permet à l'utérus de s'incliner fortement dans ce sens. Enfin la résolution cesse, de légers mouvements se manifestent, la sensibilité, la connaissance reviennent, mais la mémoire est complétement perdue. Il est rare qu'un premier accès ne soit pas suivi de plusieurs autres, surtout dans la grossesse, où la cause première est sans cesse agissante.

Après chaque accès, le retour à la connaissance peut avoir lieu; mais le plus souvent, quand les accès se succèdent, la femme reste dans un coma complet entre chacun d'eux.

Durée de l'accès. — La durée d'un accès peut varier entre une ou deux minutes; on en a vu durer une demi-heure. Mais je crois que, dans ce cas, on a pris une succession rapide d'accès pour un seul; en tout cas, pour qu'un accès puisse avoir cette durée sans causer la mort, il faudrait que la respiration et la circulation ne fussent qu'incomplétement suspendues. La durée de la stupeur qui suit les accès peut être de sept, huit, dix minutes à une demi-heure; elle peut durer pendant tout le temps qui sépare chaque accès; celle qui suit le dernier peut se prolonger pendant douze, vingt-quatre à trente-six heures.

4. Convulsions hystériformes.

Les convulsions hystériformes ne sont, à proprement parler, qu'une attaque d'hystérie à son plus haut degré et à forme comateuse, développée à l'occasion de la grossesse; cela est si vrai, qu'elle n'a pas la gravité des autres formes d'éclampsie.

Ses symptômes sont: Chute subite avec perte presque complète, quelquefois même complète, de connaissance, mais conservation de la sensibilité; gonflement du cou, rougeur de la face, mais absence de convulsions de cette partie, tandis que les membres exécutent des mouvements désordonnés. La femme peut facilement changer de place; si elle est étendue à terre, elle demande à être contenue, pour éviter qu'elle ne se blesse; quelquefois, au lieu de ces phénomènes, on observe une immobilité telle que la mort paraît à craindre. Cependant la respiration, interrompue par des espèces d'efforts, se fait entendre par intervalles; on observe alors quelques mouvements dans le bassin, la tension du tronc courbé en arrière, etc.; puis retour à la connaissance, disposition à pleurer, à s'attendrir, frissonnements, émissions d'urines limpides, etc.

L'éclampsie hystériforme présente toutefois ceci de remarquable, que l'attaque est de longue durée, et se compose d'une suite d'exacerbations et de rémissions successives, qui simulent une série d'attaques.

Les convulsions hystériques ne se montrent guère que pendant la grossesse, et dans les premiers mois seulement; elles sont beaucoup moins graves et beaucoup moins fréquentes que les précédentes.

On les combat par les moyens recommandés contre l'hystérie.

J'ai pu tout dernièrement observer cette forme assez rare chez une jeune femme en travail d'avortement, auprès de laquelle M. le docteur Séguin m'avait fait appeler. Dans ce cas, l'éclampsie hystériforme était si nettement dessinée que je n'hésitai pas à porter un pronostic favorable, malgré une succession rapide d'accès violents et assez prolongés. L'événement justifia mes prévisions.

5. Convulsions cataleptiques.

Les *convulsions cataleptiques et tétaniques* présentent à peu près les mêmes symptômes que la forme épileptique; mais, de plus, il y a extase et mouvements automatiques; cette forme est très-rare à toutes les époques puerpérales, et nécessite le même traitement que l'éclampsie proprement dite.

6. Diagnostic de l'éclampsie proprement dite.

D'après le tableau que je viens de faire, je suis dispensé d'insister sur le diagnostic; au reste, il suffit d'avoir vu cette épouvantable maladie pour la reconnaître. Je n'ai donc à m'attacher qu'à établir le diagnostic différentiel.

A. *Pendant l'accès,* l'éclampsie épileptiforme ne peut guère être confondue avec l'hystérie, lorsqu'elle se présente sous ses formes ordinaires; car on observe dans l'hystérie des troubles variés dans les fonctions des viscères abdominaux et thoraciques, troubles portant également sur la sensibilité, la contractilité et sur les fonctions spéciales, et, parmi eux, quelques symptômes caractéristiques, tels que la boule hystérique, la conservation de l'intelligence et du sentiment, des cris, des pleurs, etc. ; d'autre part, des mouvements musculaires désordonnés et violents, mais ressemblant à de l'agitation plutôt qu'à des convulsions ; rarement une salive écumeuse est chassée hors de la bouche, jamais elle n'est sanguinolente. Dans l'éclampsie, au contraire, on n'observe pas de cris, pas de mouvements violents : la malade n'a besoin d'être maintenue que pour éviter qu'elle ne tombe à bas du lit ; les secousses répétées ont lieu sur place. L'éclampsie est plus fréquente à la fin de la grossesse ; l'hystérie l'est plus au commencement.

Dans l'éclampsie, rarement un accès se manifeste seul ; dans l'hystérie, au contraire, on n'observe ordinairement qu'un seul accès.

L'hystérie comateuse, ou, si l'on aime mieux, l'éclampsie hystériforme, au contraire, peut donner lieu à des méprises. On pourra toutefois les éviter en se rappelant que dans l'éclampsie hystériforme les convulsions épargnent la face, qui conserve, en général, un air naturel, les yeux, les paupières, étant les seules parties qui deviennent le siége d'agitations convulsives, différentes des distorsions de l'éclampsie ; que l'immobilité des membres et du tronc n'est pas accompagnée de la rigidité tétanique propre à l'éclampsie. On observe presque toujours en même temps que les autres symptômes quelques-uns des phénomènes viscéraux, si habituels dans les autres formes de l'hystérie ; ces troubles viscéraux deviennent surtout plus

nombreux et plus évidents pendant les rémissions. Enfin, pendant ces rémissions, les malades reprennent promptement la connaissance, si elles l'avaient perdue.

Tels sont les symptômes principaux à l'aide desquels on peut distinguer entre elles les formes épileptique et hystérique de l'éclampsie.

Quant à l'*épilepsie,* il y a une telle ressemblance entre elle et l'éclampsie, qu'il serait impossible de distinguer ces deux affections, s'il ne se manifestait qu'un seul accès d'éclampsie. Mais la connaissance des antécédents et la suite de la maladie permettent de distinguer ces accidents l'un de l'autre.

Dans l'épilepsie, il ne se manifeste, en général, qu'un seul accès; dans l'éclampsie, presque toujours plusieurs accès se succèdent.

Cependant, M. P. Dubois a vu une épileptique chez laquelle les accès se succédèrent pendant le travail : dans ce cas, l'épilepsie s'était changée en véritable éclampsie.

Enfin les convulsions cataleptiques pourraient être facilement confondues avec l'éclampsie, s'il n'y avait extase et mouvements automatiques dans la forme cataleptique.

B. *Après l'accès, dans la stupeur,* on peut confondre l'état comateux, dans lequel la femme est plongée, avec l'*apoplexie,* le *narcotisme,* l'*ivresse.*

Il est assez difficile de distinguer cet état comateux de l'apoplexie; cependant l'apoplexie est rarement suivie de résolution complète des membres ; il y a de plus, dans la plupart des cas, hémiplégie : la langue n'a pas été mordue et la bave n'est pas ensanglantée.

La stupeur déterminée par l'ivresse ressemble à peu près aussi à la stupeur éclamptique; mais les exhalaisons de liqueurs spiritueuses qui sortent de la bouche, et les vomissements, caractérisent cet état : la langue n'a pas été mordue, et s'il y a de l'écume, elle n'est pas ensanglantée.

Le narcotisme se reconnaît aux signes particuliers à chaque substance stupéfiante.

Ainsi donc, s'il ne s'était manifesté qu'un accès, on pourrait souvent rester dans le doute : dans ce cas, il faut s'éclairer de tous les renseignements possibles sur les antécédents de la malade auprès de laquelle on est appelé, sur les circonstances les plus minimes de l'accident.

7. Influence de l'éclampsie sur la grossesse.

L'éclampsie cesse quelquefois d'elle-même, sans déterminer l'accouchement, mais cela est rare ; le plus ordinairement, que l'éclampsie cesse d'elle-même ou que les accès continuent, la grossesse se

trouve compromise : le produit est tué pendant un accès, et alors il doit nécessairement être expulsé. Quand bien même l'éclampsie n'aurait pas sur la vie de l'enfant une influence aussi fâcheuse, il n'en serait pas moins chassé le plus souvent hors de la cavité utérine, l'éclampsie développant presque toujours des contractions très-énergiques. Dans ce cas, pendant l'état comateux, la douleur utérine est annoncée par de petits grognements; pendant l'accès, elle ne se manifeste par aucun signe extérieur, à cause de l'insensibilité. Si la grossesse est très-avancée, l'accouchement se fait en silence, et l'on trouve le produit mort entre les jambes de la mère. A un terme peu avancé, l'écoulement sanguin, qui précède presque toujours l'expulsion du produit, signale cette expulsion par avance.

8. Terminaisons possibles de l'éclampsie.

L'éclampsie se termine par le retour à la santé ou par la mort. Le retour à la santé est prompt ou tardif, suivant l'intensité des accès. La mort arrive elle-même d'une manière subite ou lente ; on l'a vue produite au fort d'un accès, par suite d'un violent raptus sanguin vers la tête, par une hémorrhagie intra-crânienne, par une suspension complète et trop prolongée de la respiration; l'asphyxie est déterminée, d'autres fois, par l'accumulation de mucosités écumeuses qui obstruent les ramifications bronchiques. La rupture de l'utérus a quelquefois produit la terminaison funeste.

La mort peut enfin arriver d'une manière lente, pendant le coma ; elle est alors la conséquence du trouble profond qu'a éprouvé le système nerveux. Elle peut aussi être déterminée par l'embarras progressif des fonctions des poumons et du cœur, qui ont été trop gravement altérées.

Cette affection peut se terminer encore par une autre maladie, aiguë ou chronique, telle que la paralysie et la métro-péritonite.

La *paralysie* est ordinairement la conséquence d'un épanchement qui n'a pas suffi pour déterminer la mort ; mais il est possible d'admettre qu'elle peut aussi être déterminée par une altération purement nerveuse.

Une malade de la Clinique étant morte hémiplégique à la suite de dix-sept accès éclamptiques très-rapprochés, à l'autopsie que nous fîmes (avec le plus grand soin), M. Landouzy, alors interne, et moi, nous ne trouvâmes aucun épanchement, aucun ramollissement, rien enfin qui pût expliquer la mort. Il est rare, en temps d'épidémie, qu'une femme qui a échappé à l'éclampsie ne soit pas prise d'une *métro-péritonite* quand l'expulsion du produit a eu lieu.

En effet, l'éclampsie semble une prédisposition constante à une affection plus terrible encore.

Enfin, dans le cas de retour à la santé, on observe souvent un phénomène des plus curieux : l'abolition complète de la mémoire, qui ne revient que peu à peu. Ce ne sont pas les faits les plus rapprochés, dont le souvenir devrait être le plus présent, qui reviennent les premiers à l'esprit de la malade : elle commence, au contraire, par se souvenir des faits les plus éloignés d'elle, de ceux qui se sont passés dans son enfance. J'ai vu, à la Clinique, deux femmes chez lesquelles ce phénomène s'est manifesté ; une d'elles avait même oublié son nom, et elle ne se le rappela que plusieurs jours après son retour à la connaissance.

Une dame du faubourg Poissonnière, à laquelle M. P. Dubois donna des soins, avait tout à fait oublié le nom des rues, et même la topographie de Paris. On fut, pendant assez longtemps, dans l'obligation de la conduire. Elle jouissait, du reste, de la plénitude de ses autres facultés.

9. Pronostic.

Le pronostic de l'éclampsie est grave pour la mère, mais surtout pour l'enfant.

A. *Pour la mère.* — Une moitié des femmes succombe à cette affection, au dire de madame Lachapelle [1]. Le relevé des cas que j'ai observés, tant en ville qu'à la Clinique d'accouchements, m'a donné un résultat plus favorable : il n'a succombé seulement qu'un quart des femmes affectées de cette maladie. En ville, je n'en ai perdu qu'une. Le pronostic varie suivant la cause qui a déterminé les convulsions, suivant l'époque de la grossesse, et suivant la marche des accidents.

Les convulsions sont beaucoup plus graves chez les femmes infiltrées. Cette gravité tient sans doute à ce que la saignée, les purgatifs et les antispasmodiques ne peuvent triompher de la cause la plus habituelle de cette infiltration ; de l'état pathologique encore mal connu, désigné sous le nom d'*albuminurie*. Ils n'en combattent que l'épiphénomène, le raptus sanguin vers le cerveau.

De plus, quoique le tempérament sanguin ne puisse être regardé comme une des prédispositions principales de l'éclampsie, il est bien certain cependant que, chez les femmes pléthoriques, les convulsions doivent être souvent suivies de congestions cérébrales et de paralysie.

[1] *Pratique des accouchements.* Paris, 1825, t. III, p. 18 et suiv.

Cette affection est plus grave chez celles qui n'ont jamais été atteintes de cette maladie, chez les primipares aussi, parce que chez elles l'expulsion du produit s'effectue moins facilement : c'est pour cette raison, aussi, qu'elle est d'autant plus grave, qu'elle survient à une époque moins avancée de la grossesse, alors que le col de l'utérus n'a pas subi toutes les modifications convenables pour permettre un accouchement rapide. Elle est aussi plus grave après la délivrance, parce qu'on est privé du moyen de traitement sur lequel on doit le plus compter, l'extraction du produit.

Enfin, elle est d'autant plus grave que les accès sont plus prolongés, qu'ils sont plus rapprochés, que le raptus du sang vers le cerveau est plus considérable, et que l'état comateux qui leur succède est plus profond et dure plus longtemps. Chez les femmes nerveuses, quand l'accès a été déterminé par une émotion morale vive, chez les hystériques, les épileptiques, les cataleptiques, l'éclampsie est moins grave ; elle l'est aussi beaucoup moins quand l'époque avancée de la grossesse et du travail permet de vider promptement l'utérus.

B. *Pour l'enfant,* le pronostic est des plus fâcheux : il succombe le plus souvent quand les accès sont répétés ; il peut même succomber à la suite d'un accès court et léger. Dans le premier cas, la mort peut s'expliquer facilement : en effet, la circulation maternelle étant suspendue, l'hématose ne se fait pas, ou s'accomplit incomplétement, et la mère envoie au fœtus un sang plus ou moins altéré. Mais, dans le second cas, quand l'enfant succombe à la suite d'un accès léger, sans que la mère soit asphyxiée, il faut bien attribuer sa mort à une autre cause.

La raideur particulière du cadavre d'un enfant expulsé mort au milieu de l'éclampsie, la méningite, les convulsions, qui font presque toujours périr quelques jours après l'accouchement l'enfant né vivant d'une mère éclamptique, affections dont il semble avoir puisé le germe dans le sein de sa mère, ne permettraient-elles pas d'admettre que le fœtus succombe dans l'utérus à une affection convulsive qui lui est communiquée par la mère? Et, comme il n'existe aucune communication nerveuse entre le fœtus et sa mère, il faudrait admettre que c'est le sang qui sert de véhicule au principe de la maladie.

10. Anatomie pathologique.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion qui puisse expliquer la nature intime de la maladie.

Ainsi, quand la femme a succombé quelque temps après le dernier accès, si le raptus n'a pas été considérable, on ne trouve abso-

lument rien. Si elle a succombé pendant l'accès, quand la congestion cérébrale a été énergique, on trouve les méninges injectées, et des épanchements plus ou moins considérables. Mais qui ne verra dans ces lésions la conséquence de l'éclampsie bien plutôt que sa cause première !

Cependant M. Stoltz regarde la congestion cérébrale comme la cause première de l'éclampsie : aussi insiste-t-il sur l'usage des émissions sanguines. Le même conseil est donné aussi par les auteurs qui considèrent l'éclampsie comme une névrose (P. Dubois) ; mais, dans ce cas, la saignée est bien plutôt conseillée pour remédier aux conséquences du raptus du sang vers le cerveau, que dirigée contre la maladie elle-même. Au reste, quelle que soit l'opinion qu'on se forme de la cause prochaine de l'éclampsie, il est évident pour tout le monde qu'elle résulte de la surexcitation nerveuse, que cette surexcitation soit déterminée par la congestion cérébrale, ou par les sympathies utérines. Alors la saignée doit être employée, car elle est aussi un excellent sédatif du système nerveux, en même temps qu'elle prévient les conséquences de l'éclampsie. Son usage est donc avec raison consacré dans le traitement, soit préventif, soit curatif, de cette affection.

11. Traitement de l'éclampsie.

Les ressources de l'art sont malheureusement bien souvent impuissantes à combattre les accès ; mais ils peuvent les prévenir en détruisant les prédispositions. Le traitement se divisera donc en *traitement préventif* et en *traitement curatif*.

A. *Traitement préventif.* — Les meilleurs moyens de prévenir l'éclampsie sont ceux qui combattent le plus efficacement les causes prédisposantes. Les indications fournies par la pléthore, l'état nerveux ont été exposées plus haut. L'attention devra se porter plus spécialement sur les causes des hydropisies du tissu cellulaire, en particulier sur l'albuminurie, cette affection étant la compagne presque inséparable de l'éclampsie, surtout lorsqu'elle donne lieu à l'infiltration.

Aussi je ne crois pas superflu de revenir avec quelques détails sur les principaux moyens que j'ai déjà conseillés.

S'il existe de la douleur de tête, du trouble dans la vision et dans les idées, de la cécité, de la surdité, la saignée, les dérivatifs, les bains, les diurétiques, les antispasmodiques sont indiqués. La malade fera usage d'une boisson de pariétaire, dans laquelle on ajoutera depuis 1 jusqu'à 2 ou 3 grammes de nitrate de potasse (sel de nitre); elle prendra du vin blanc à ses repas, et chaque matin une pinte de

petit-lait sucré et nitré ; la nuit, elle fera usage d'une potion diurétique ainsi composée :

Miel scillitique.....	16 grammes.
Éther nitrique.....	4 grammes.
Laudanum de Sydenham.....	5 gouttes.
Eau distillée de valériane.....	100 grammes.
Sirop des cinq racines.....	30 grammes.

Les dérivatifs seront portés spécialement sur le tube intestinal. L'eau de Sedlitz, le calomel, à la dose de 25, 40 à 50 centigrammes, doivent être préférés. En lavement, on administrerait la décoction de scille unie à 8 ou 10 grammes de miel de mercuriale, ou de sulfate de soude.

On s'est souvent très-bien trouvé aussi d'un cataplasme saupoudré de sel de nitre appliqué sur l'hypogastre.

Dans le cas où il y aurait des douleurs à l'épigastre, on y appliquerait des sangsues ; on devrait aussi pratiquer une petite saignée, si la femme est pléthorique ; la saignée du bras, plusieurs fois répétée pendant la grossesse, aura un grand avantage ; elle sera même indiquée chez les femmes nerveuses infiltrées ; mais elle devra, dans ce cas, être peu abondante et moins répétée. Des femmes se sont très-bien trouvées des bains tièdes dans les trois ou quatre derniers mois ; ils sont surtout avantageux à celles qui sont d'un tempérament irritable.

Si l'albuminurie s'accompagnait de pâleur, de faiblesse, d'anorexie : les eaux ferrugineuses aux repas, les pilules de Valette au nombre de 5 à 10, l'extrait de quinquina à la dose de 4 à 8 grammes en vingt-quatre heures, le vin diurétique amer de la Charité (15 à 30 grammes) rendraient de véritables services.

Quant à la céphalalgie, qui emprunte tout à fait les caractères de la migraine, elle résiste à tous les moyens. Cependant elle a paru céder quelquefois à l'usage de l'émétique administré en petite quantité, de manière à produire des nausées sans vomissements : 30 centigrammes dans une potion calmante de 100 grammes, administrée par cuillerée d'heure en heure. Si l'accès paraît imminent, on aura soin de faire coucher la malade.

B. *Traitement curatif.* — Quand l'éclampsie se manifeste pendant la grossesse, le médecin peut arriver auprès de la malade pendant l'accès ou après l'accès. Le traitement varie alors en raison de ces deux circonstances. Le traitement curatif comprend aussi les moyens généraux et les moyens spéciaux.

Pendant l'accès, le premier soin de l'accoucheur doit être de

contenir la malade [1] et de rentrer la langue dans la bouche, dans la crainte qu'elle ne soit mordue. Si l'on n'y pouvait parvenir, il faudrait engager entre les dents le manche d'une cuiller enveloppé de linge, pour empêcher les deux mâchoires de se rapprocher ; mais il ne faudra pas faire usage du bouchon, généralement conseillé, parce qu'il peut se rompre sous l'effort des dents, à moins qu'on n'ait la précaution de l'envelopper d'un linge. Enfin on videra la vessie, seulement elle est très-distendue, et l'on fera sur le visage des aspersions d'eau froide.

Après l'accès. — Moyens généraux. — L'accès passé, une saignée du bras, proportionnée à la force du sujet, sera pratiquée. La saignée convient dans tous les cas : qu'il y ait pléthore ou non, quand même la femme serait infiltrée, c'est le meilleur moyen de prévenir les conséquences de l'éclampsie ; c'est en outre un excellent sédatif du système nerveux. Dix sangsues seront appliquées derrière chaque oreille ; des cataplasmes sinapisés seront promenés sur les extrémités inférieures, mais on aura soin de ne les laisser que dix à quinze minutes, et de les changer ensuite de place ; car l'insensibilité de la malade l'empêche de percevoir l'effet des sinapismes, et si, par cela seul qu'ils ne semblent rien produire, on se croyait obligé de les laisser plus longtemps, on s'exposerait à déterminer des escarres plus ou moins profondes des téguments. En même temps, on fera administrer un lavement avec une poignée de sel de cuisine en dissolution ; de la glace, de l'eau de puits contenue dans une vessie, seront maintenues sur la tête ; enfin, si la malade peut avaler, on lui fera prendre une potion antispasmodique composée de :

Sirop de fleurs d'oranger.....	30 grammes.
Eau distillée de laitue.....	60 grammes.
Eau distillée de tilleul.....	60 grammes.
Éther sulfurique.....	30 gouttes.
Laudanum de Sydenham.....	10 gouttes.

Dans le cas contraire, on fait administrer à la malade le calomel, à la dose de 60 à 80 centigrammes, dont on donne 1 décigramme d'heure en heure. Chaque dose de calomel est mélangée à un peu de miel ; on introduit le tout dans la bouche. Ainsi administré, le calomel ne tarde pas à produire des effets purgatifs, parce que, malgré la difficulté de la déglutition, il finit par gagner peu à peu l'estomac.

Comme un moyen antispasmodique par excellence, on plongera la femme dans un bain tiède très-prolongé, qu'elle soit dans l'état

[1] Quoique ces mouvements ne soient pas désordonnés, cependant ils sont si multipliés, que si le lit n'était pas solidement fait, les malades pourraient petit à petit en gagner le bord et tomber à terre.

de stupeur ou que les accès se succèdent ; mais il sera surtout très-avantageux et d'une administration plus facile dans les moments de lucidité. C'est surtout pendant qu'elle sera dans le bain qu'on aura soin d'entretenir des réfrigérants sur la tête, et sans interruption.

Dans une lettre adressée à mon honorable ami, M. le docteur Richelot [1], j'ai conseillé l'usage du chloroforme en même temps que je m'élevais contre la pensée de préférer l'expectative à l'accouchement prématuré artificiel.

Mais comment un jeune médecin osera-t-il user de ce moyen dans une affection qui peut déterminer immédiatement la mort de la femme? Il sera retenu par la crainte que ce triste résultat ne soit attribué.

Appréciation de ces moyens généraux. — La saignée, comme je l'ai dit, est le moyen sur l'efficacité duquel presque tous les accoucheurs s'accordent. Elle peut être générale ou locale. Cette dernière, d'après l'avis de M. P. Dubois, ne peut être considérée, pour les cas qui nous occupent, que comme auxiliaire de l'autre, et c'est toujours à la saignée générale qu'il faut avoir recours.

On a préconisé aussi la saignée du pied, et l'on sait quels étaient les avantages qu'on se promettait d'en retirer ; mais, outre que ces avantages sont fort problématiques, ce moyen ne peut être employé chez les femmes infiltrées, et, chez celles qui ne le sont pas, il n'agit pas avec assez de promptitude pour qu'on doive y avoir recours.

La saignée du bras est celle qui convient le mieux; c'est aussi celle qui est pratiquée le plus souvent.

Pour ce qui concerne la quantité de sang qu'on doit tirer en une seule fois, les avis sont partagés. Quelques accoucheurs, se fondant sur l'état de prostration et de débilité apparente des malades dans la période de stupeur, prétendent qu'il faut se borner à une évacuation de 300 à 350 grammes. D'autres, au contraire, et notamment ceux qui ne voient dans l'éclampsie que le résultat exclusif d'une congestion cérébrale, conseillent de retirer à la fois jusqu'à 1200 grammes de sang. Hamilton prétendait que trente années d'expérience lui avaient prouvé l'utilité des saignées abondantes, et que c'est à ce moyen qu'il devait un succès constant dans les cas dans lesquels de copieuses saignées pouvaient être pratiquées.

En général, la saignée ne doit pas être au-dessous de 5 à 600 grammes, mais aussi elle ne doit pas dépasser 7 à 800. On choisit entre ces deux limites, selon l'intensité et la répétition des accès, selon l'état du pouls, la constitution de la malade, etc.

[1] *Union médicale*, 1853.

Cette règle est aussi applicable aux femmes qui sont infiltrées, à moins d'une débilité réelle.

La saignée dans beaucoup de cas doit être répétée. Ceci s'applique surtout aux femmes d'une constitution robuste et à celles chez lesquelles les accès sont violents et répétés, le pouls développé et le sang couenneux. Mais on ne doit avoir recours à une seconde évacuation sanguine qu'une ou deux heures après la première ; et à mesure qu'on multiplie les déplétions, la quantité de sang que l'on retire doit être moindre. Chez les femmes qui se trouvent dans les conditions opposées à celles que nous venons d'énumérer, on peut se servir des sangsues comme moyen auxiliaire. On applique celles-ci en nombre variable, selon les circonstances, et sur le lieu le plus rapproché du point de départ présumé de la maladie. Ainsi, très-souvent on les applique sur les apophyses mastoïdes, quelquefois à l'épigastre, surtout chez les malades chez lesquelles une douleur dans cette région a précédé l'invasion de l'attaque.

Les moyens dérivatifs constituent une médication qui, dans quelques cas particuliers, vient en aide au traitement antiphlogistique. Ils sont de deux espèces : les uns sont destinés à agir sur le canal intestinal, les autres s'adressent à la peau. Tous les purgatifs, excepté les drastiques, peuvent être employés pour remplir la première indication.

Dans quelques circonstances, on associe le calomel au jalap (50 centigrammes de jalap et 25 de calomel). Ce mélange est fréquemment employé en Angleterre : il a pour but d'activer l'action du mercure, et d'empêcher les accidents que son administration, à une dose un peu élevée, pourrait occasionner.

Les dérivatifs appliqués à la peau sont des rubéfiants ou des vésicants. On ne doit avoir recours à ces derniers que dans des cas particuliers où la marche de la maladie n'est pas rapide, et où le traitement antiphlogistique n'a pas pu être employé avec assez d'énergie. Deux cas de cette nature, remarquables par les résultats qui en ont été obtenus, sont cités par le professeur Hamilton. Dans ces cas, pour des raisons que l'auteur n'a pas exposées avec assez de détails, la médication antiphlogistique n'avait pas été poussée assez loin, des vésicatoires furent appliqués sur la tête ; il s'en est suivi une sécrétion extrêmement abondante, à laquelle a été attribuée la guérison.

Les moyens révulsifs consistent en des applications faites sur la tête dans le but de diminuer la congestion qu'on y suppose exister. Ce sont les applications froides qui remplissent cette indication.

M. Dubois n'a jamais expérimenté les bains froids. Il lui paraît

préférable d'avoir recours aux bains tièdes, en y joignant des applications froides sur la tête.

Quant au traitement antispasmodique, son efficacité est fort hypothétique en comparaison avec celle que l'on doit attendre de la médication antiphlogistique.

Au nombre des médicaments antispasmodiques que l'on a essayés le plus souvent dans le traitement de l'éclampsie, nous devons citer l'opium et le camphre. Les tentatives faites avec l'opium, comme moyen constituant la base de traitement, engagent tout au plus à l'employer comme médicament auxiliaire.

Hamilton a vanté les bons effets du camphre, qu'il administrait à la dose de 50 centigrammes toutes les trois heures, en solution dans l'eau bouillante, avec addition de sucre et de magnésie. Les essais faits par les compatriotes de ce professeur ne paraissent pas avoir eu des résultats pareils à ceux que lui-même avait obtenus.

Ce serait aussi le cas d'essayer le valérianate de zinc.

M. le docteur Leclerc, de Senlis (Oise), a publié une observation très-remarquable dans laquelle ces moyens combinés avait mis fin à des accès répétés [1].

M. le docteur Morel, d'Argentan (Orne), cite aussi un cas semblable [2].

Moyens spéciaux. — La succession active des accès, la gravité de l'état de la malade, la mort imminente de cette dernière peuvent-elles, à une époque peu avancée de la grossesse, autoriser l'accoucheur à vider l'utérus, dans l'espoir que la cessation de la grossesse enrayera la maladie ? M. P. Dubois s'est prononcé pour la négative, se fondant, premièrement, sur ce que la déplétion de l'utérus, quel que soit le moyen employé pour y parvenir, n'est pas assez prompte pour qu'on puisse en retirer quelque avantage dans une affection qui menace aussi immédiatement la vie de la malade ; deuxièmement, sur ce que les procédés à employer pour déterminer l'expulsion du produit, la perforation des membranes, l'introduction de l'éponge préparée, etc., sont d'une application très-difficile à une époque aussi peu avancée de la grossesse, et seraient souvent aussi dangereux que le mal qu'ils sont destinés à combattre.

Le tamponnement, suivant le conseil de M. Schœler, de Berlin, et le seigle ergoté, n'auraient pas les mêmes inconvénients ; mais ces moyens ne détermineraient pas le travail aussi rapidement que les autres. Heureusement qu'il est infiniment probable que l'é-

[1] *Gazette des hôpitaux*, 15 septembre 1855.
[2] *Gazette des hôpitaux*, 2 octobre 1855.

clampsie elle-même se chargera de déterminer l'avortement : c'est du moins ce qu'on observe le plus ordinairement.

A un terme plus avancé, la nature se charge aussi du soin de débarrasser l'utérus. Cependant, si le travail ne se déclarait pas et que les jours de la malade parussent menacés, ce serait le cas ou jamais de provoquer l'accouchement prématuré. (Voyez, pour les procédés opératoires, les articles *Vices de conformation*, *Accouchement prématuré artificiel*.)

Je n'ai pas encore rencontré dans ces cas l'occasion d'agir avant le terme de la viabilité, mais si elle se présentait à moi, dans une circonstance où les accès répétés menaceraient les jours de la femme, je ne me laisserais pas arrêter par les craintes émises par M. P. Dubois, craintes qui ne me semblent pas fondées, et à l'exemple de M. Stoltz, je pratiquerais l'accouchement prématuré pour sauver la mère [1].

Mais si l'on ne conçoit pas des craintes immédiates pour les jours de la malade, il est certainement bien plus rationnel de s'en tenir

[1] *Union médicale*, 1853. — Le 14 avril 1852, à trois heures après midi, je fus appelé, rue Royale-Saint-Honoré, 9, chez madame J..., parvenue au terme de huit mois d'une grossesse exempte d'incommodités ; une légère infiltration des extrémités inférieures s'était seulement manifestée depuis le sixième mois.

Madame J... est grande, d'un tempérament lymphatique et nerveux.

A quatre heures du matin, le 14 avril, madame J... fut prise d'un premier accès d'éclampsie épileptiforme. M. Lacroix père, appelé après l'accès, prescrivit une infusion aromatique ; les accès se succédèrent d'heure en heure jusqu'à neuf heures du matin. M. Goupil, appelé par la famille, pratiqua une large saignée du bras, de 5 à 600 grammes, et témoigna aux parents le désir de se réunir, au plus vite, à M. Moynier, accoucheur de la maison, ainsi qu'à M. Lacroix. Ces honorables confrères, ne voyant aucun amendement survenir dans les accès, et craignant pour les jours de l'enfant et de la mère, voulurent bien me réunir à eux pour statuer sur ce qu'il y aurait à faire.

J'arrivai à trois heures de l'après-midi, accompagné de M. Dequevauvillers ; M. le docteur Rigal avait été amené par M. Moynier.

La malade était dans un état comateux profond, état qui s'était continué régulièrement entre chaque accès ; seulement à de rares intervalles des lueurs de connaissance s'étaient manifestées. Les accès venaient toujours toutes les heures avec une régularité parfaite.

Nous fûmes alors témoins d'un accès ; il fut intense et se prolongea environ deux minutes, avec raptus violent de sang vers le cerveau, et abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales.

L'accès passé, la malade retomba dans l'état comateux accompagné de ronflement apoplectique.

Les battements du cœur fœtal s'entendent très-bien, avec leur rhythme normal. Le toucher ne fait reconnaître aucun commencement de travail.

Un traitement énergique est immédiatement mis en œuvre.

Écoulement continuel sanguin déterminé par l'application successive de sangsues aux apophyses mastoïdes ; lavement purgatif ; vésicatoire de 25 centimètres de

aux moyens généraux, et de ne désemplir l'utérus que dans le cas où l'extraction du produit pourra être effectuée facilement. (Voyez *Éclampsie pendant le travail* [1].)

12. Convulsions partielles.

L'utérus spécialement, l'estomac, les intestins, peuvent être affec-

long sur la région cervico-dorsale; sinapismes appliqués pendant dix minutes aux extrémités inférieures et promenés continuellement de place en place; 1 gramme de calomel incorporé à 10 grammes de miel, et introduit dans la bouche, par fractions grosses comme une noisette, d'heure en heure.

Potion antispasmodique.

Eau distillée de tilleul.....	60 grammes.
Eau de valériane.....	30 grammes.
Teinture d'assa-fœtida.....	3 grammes.
Sirop de sucre.....	30 grammes.

Administrée, s'il est possible, toutes les heures par cuillerée.

Ces prescriptions furent exécutées avec soin, mais sans amendement marqué, par madame Botto, sage-femme, qu'on plaça comme garde auprès de la malade.

Depuis trois heures jusqu'à sept que nous revîmes la malade, les accès s'étaient répétés avec la même intensité et la même fréquence; aucune contraction utérine ne s'était manifestée. L'état du col utérin est le même; celui du fœtus est encore satisfaisant.

Nous recommandons de continuer à entretenir l'écoulement sanguin des apophyses mastoïdes; de remplacer le vésicatoire du dos par un cataplasme, d'en appliquer deux autres aux cuisses avec la pommade de Gondret; de continuer le calomel et la potion; d'administrer un nouveau lavement purgatif.

Enfin, nous prenons la résolution de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, dans l'espérance de sauver l'enfant, pendant qu'il en est encore temps, et de modifier, peut-être même de faire cesser les accès qui ne se sont pas accrus ni rapprochés, grâce au traitement, mais qui ne se sont en aucune manière amendés, et qui menacent les jours de la mère.

Une consultation est rédigée et signée dans ce sens par MM. Goupil, Moynier, Dequevauvillers, Rigal et moi.

Immédiatement je procède à l'introduction de l'éponge préparée, dans le col utérin, au moyen du spéculum. Une éponge ordinaire introduite dans le vagin après la première sert à maintenir celle-ci. Des fils différents, passés à travers ces éponges, pendent au dehors, et sont destinés à les retirer quand il en sera temps.

Dix heures du soir. Un commencement de dilatation s'est effectué; quelques douleurs sourdes ont été constatées par la sage-femme. Je passe une nouvelle éponge préparée plus volumineuse.

Deux heures du matin (le 15). L'état de la malade et celui de l'enfant sont les mêmes. Je procède à la rupture des membranes; les accès d'éclampsie semblent se modifier après cette déplétion partielle de l'utérus, mais ils reprennent bientôt leur intensité.

Sept heures du matin. L'enfant étant encore vivant, le col dilatable, j'applique le forceps au détroit supérieur, par le procédé de M. Félix Hatin, en présence de

tés de contractions brusques et involontaires, auxquelles on a donné le nom de convulsions, et qui doivent bien plutôt recevoir celui de contractions spasmodiques, car on n'observe dans ce casaucun des phénomènes de l'éclampsie proprement dite.

Cette affection diffère essentiellement de l'éclampsie sous le point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement.

De toutes les convulsions partielles, celles de l'utérus ont été le plus souvent constatées. M. P. Dubois eut occasion de les observer chez une femme enceinte de cinq à six mois : les parois du ventre se contractaient avec une telle force, que l'utérus était d'abord refoulé dans l'excavation jusqu'à la vulve, à tel point qu'on se crut obligé de soutenir la vulve, dans la crainte que l'organe ne s'échappât à travers cet orifice ; puis l'utérus revenait immédiatement reprendre sa place. Les intestins, l'estomac, semblaient aussi participer à cet état particulier, car on voyait apparaître brusquement à travers les parois abdominales, et vers la région épigastrique, des bosselures qui s'effaçaient instantanément.

L'avortement, que l'on devait tant redouter dans ce cas, n'eut pas lieu, et l'affection disparut vers le septième mois.

Le vagin, le col de l'utérus, certaines parties de cet organe seulement, peuvent être affectés de contractions spasmodiques. Dans ce cas, c'est pendant le travail, ou après l'accouchement, que se manifeste cet état spasmodique particulier, qui peut déterminer les accidents les plus fâcheux. Je m'en occuperai en temps utile.

MM. Moynier, Dequevauvillers et Rigal, qui purent constater avec quelle merveilleuse facilité ce procédé me permit d'appliquer les branches, et d'extraire une fille forte, vivante. Ces honorables confrères ne comprirent pas qu'on ait pu qualifier ce procédé de tour de force impossible et dangereux.

L'enfant a immédiatement pris le sein d'une nourrice ; sa santé a été excellente à partir de ce jour.

Quant à la mère, qui avait été accouchée dans l'état comateux, et n'avait pas eu la conscience de l'opération, elle s'est parfaitement et rapidement rétablie.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'à partir de l'extraction de l'enfant, aucun accès ne se manifesta. Le retour à la connaissance se fit graduellement et ne fut complet que le lendemain, 16 au soir. Aujourd'hui, 28 avril 1852, madame J... a repris sa santé première.

[1] M. le docteur Desjardins, de Morainville, me fit appeler chez la femme d'un maître de pension de la rue Caumartin. Cette dame, au terme de sept mois et demi, avait été prise d'accès d'éclampsie si répétés qu'on concevait pour sa vie les plus grandes craintes. L'accouchement prématuré artificiel fit immédiatement cesser les accès, la connaissance ne revint que douze heures après l'accouchement. Le rétablissement fut rapide et complet.

J'obtins le même résultat, rue Saint-Lazare, dans un cas semblable, avec M. le docteur Coqueret.

Les contractions spasmodiques pendant la grossesse sont favorablement modifiées par les grands bains et l'opium, surtout administré en lavement, 10, 15, 20 gouttes de laudanum de Sydenham dans un quart de verre d'eau tiède, afin qu'il soit facilement gardé : les potions antispasmodiques, les embrocations narcotiques sur le ventre, la saignée si la femme est pléthorique ; enfin le sulfate de quinine, si les contractions se montrent avec un caractère de périodicité.

Cette affection, rare heureusement pendant la grossesse, très-fréquente pendant le travail et après l'accouchement, résiste rarement à cette médication. (Voyez *Contractions pathologiques et rétraction de l'orifice interne.*)

Pendant la grossesse, si elle ne cédait pas aux moyens indiqués, elle déterminerait le plus ordinairement l'expulsion du produit.

La paralysie dite puerpérale a été l'objet de recherches spéciales de la part du docteur Churchill ; il a réuni 22 observations de paralysie pendant la grossesse.

En poursuivant l'analyse que M. Churchill a faite de ces observations, nous voyons que pour les 22 cas dans lesquels la paralysie est survenue pendant la grossesse, il n'existe aucune régularité relativement à la période de la grossesse à laquelle l'attaque a eu lieu. Le plus grand nombre de ces femmes ont guéri avant ou immédiatement après la délivrance ; chez les autres la maladie a continué un temps plus ou moins long après la délivrance.

Une seule des malades de cette catégorie a succombé, et l'autopsie a démontré que la mort était évidemment due à une maladie du cerveau plus ancienne que la grossesse.

Dans un très-petit nombre de cas (3 fois sur 22) la paralysie avait été précédée de convulsions ; dans la plupart des autres il n'y a eu aucun symptôme précurseur qui ait fixé l'attention.

Les caractères de cette paralysie, ajoute M. Churchill, ressemblaient beaucoup à ceux d'attaques semblables qui n'ont aucun rapport avec la grossesse : la motilité était affaiblie ou entièrement perdue ; dans quelques cas la sensibité était augmentée, diminuée ou modifiée. L'intelligence paraît avoir conservé son intégrité dans tous les cas. Enfin on a constaté la présence de l'albumine dans les urines toutes les fois que cet examen a été fait [1].

M. V. Boulay a constaté, dans une paralysie liée à la grossesse, les bons effets de la strychnine à la dose d'un centigramme en 24 heures [2].

[1] *Union médicale*, 12 avril 1855.

[2] *Bulletin général de thérapeutique*, 15 février 1853.

ARTICLE V

Du rhumatisme utérin.

M. Stoltz, un des premiers, a fait connaître le rhumatisme utérin. J. E. Dezeimeris a publié depuis une série d'articles sur ce sujet [1].

Le rhumatisme utérin reconnaît les mêmes causes que le rhumatisme des autres parties. Mais les personnes affectées de rhumatisme général y sont plus prédisposées que les autres ; il résulte souvent d'une métastase rhumatismale.

La douleur subite, sans cause appréciable, est le symptôme principal de cette affection qui se reconnaît encore à la sensibilité exquise de l'utérus, sans contractions, tantôt bornée à une partie de cet organe, tantôt affectant sa totalité. Dans tous les cas, la pression, le toucher, augmentent la douleur ; celle-ci s'irradie, dans les reins, les aines, les cuisses, peut changer de place brusquement, comme cela a lieu dans toutes les affections rhumatismales; elle est assujettie à des exacerbations fréquentes et variables dans leur durée et leur intensité, à des rémittences plus ou moins complètes.

Le ténesme recto-vésical accompagne presque toujours cette affection, et il en augmente beaucoup les inconvénients. Il dépend des sympathies qui lient si étroitement tous les organes génito-urinaires entre eux.

Cette affection ne s'accompagne pas toujours de fièvre; mais dans la plupart des cas, une véritable réaction fébrile se manifeste, et dure autant que l'accès.

La succession de ces accès peut solliciter les contractions de l'utérus, et déterminer l'expulsion du produit. Il est donc bien important de tâcher d'y remédier. Le traitement consiste dans la saignée du bras, les laxatifs, tels que l'huile de ricin à la dose de 15 à 20 grammes. Les bains, les lotions laudanisées sur le ventre, sur les membres supérieurs, les sinapismes en particulier, lavements avec dix, quinze, vingt gouttes de laudanum de Sydenham.

Les révulsifs de cataplasmes sinapisés seront d'un grand secours; si le rhumatisme était dû à une métastase, la révulsion devra être pratiquée sur le siége primitif de la douleur.

[1] *L'Expérience,* journal de médecine, 1839, t. III, p. 321, 385 ; t. IV, p. 88, 385.

ARTICLE VI

§ 1. — Troubles des fonctions de la vessie et des reins.

Pendant les premiers temps de l'imprégnation, l'utérus peut exercer sur la vessie et les reins une action sympathique qui sollicite la sécrétion plus abondante et l'excrétion plus répétée d'urines limpides; mais ce phénomène ne s'observe guère que chez les femmes nerveuses. Les troubles exercés par l'utérus sur les fonctions de la vessie et des reins sont en général d'une autre nature.

A mesure que l'utérus se développe, il s'élève au-dessus du détroit supérieur, entraîne avec lui la vessie qui se trouve comprimée. Il résulte de cette gêne la nécessité de rendre souvent les urines, et si le col de la vessie est comprimé aussi, cette émission fréquente de l'urine est douloureuse et difficile, quelquefois même impossible. Enfin, s'il n'y a pas oblitération complète du col, l'urine peut s'écouler goutte à goutte. Il y a alors incontinence.

L'excès d'amplitude du bassin qui favorise l'abaissement de l'utérus et son antéversion peut déterminer ces phénomènes dans les premiers mois, mais cela est rare ; ils se manifestent bien plus fréquemment à la fin de la grossesse, l'utérus étant plus ou moins incliné en avant à cette époque. Si l'antéversion est très-prononcée, le corps de la vessie est fortement projeté en avant, au-dessus des pubis, et forme avec le col un angle droit, quelquefois même un angle aigu, disposition qui rend l'émission des urines et le cathétérisme même très-difficiles. On peut soulager un peu la malade en l'engageant à soutenir son ventre avec les deux mains appliquées de chaque côté de l'abdomen au moment où elle urine; la vessie se trouve ainsi soulagée du poids de l'utérus, et peut accomplir ses fonctions. Il est quelquefois nécessaire de soutenir aussi la vessie pour la réduire à sa situation normale; mais cette pression doit être modérée, sans quoi on rendrait l'émission des urines encore plus difficile.

Il sera bon que la femme fasse usage d'une ceinture convenablement disposée, qu'elle prenne des bains ; enfin, si la vessie acquérait un développement trop considérable, par suite de l'accumulation de l'urine, il serait nécessaire que la femme fût sondée plusieurs fois par jour.

La distension excessive de la vessie peut déterminer son inflammation, sa rupture. Cet accident serait certainement arrivé à une femme qui entra, en juillet 1841, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré, si elle n'avait été soignée convenablement. Chez elle, la

vessie atteignait presque la région épigastrique, au point de simuler une grossesse à terme. Elle n'était cependant enceinte que de deux mois. Le cathétérisme, souvent réitéré, guérit assez rapidement cette femme qui rendait ses urines spontanément quand elle quitta l'hôpital.

Quand cette incommodité s'est manifestée dès le début de la grossesse, elle n'est déterminée que par le séjour de l'utérus développé dans l'excavation et qui comprime le canal ; on peut espérer alors qu'elle cessera à mesure que le globe utérin s'élèvera au-dessus du détroit supérieur: c'est ce qui est arrivé dans le cas cité. Quelquefois, cependant, cet accident peut être aggravé par ce développement même; alors il n'y a pas lieu d'espérer la guérison : quoi qu'on fasse, l'accouchement pourra seul la produire. Il en est de même de la rétention d'urine ou de l'incontinence qui ne se manifesterait que dans les derniers mois.

Dans certains cas, les urines sont troubles, chargées de flocons blanchâtres, de matière purulente ; leur émission est douloureuse et détermine un sentiment de cuisson et de brûlure : il y a catarrhe de la vessie. Les bains, les boissons adoucissantes seront indiqués. Cette affection n'est pas rare pendant la grossesse; j'en ai vu plusieurs exemples à la Clinique et en ville : ces accidents n'ont cédé qu'à des applications de sangsues réitérées sur l'hypogastre. La néphrite elle-même est quelquefois la conséquence de l'obstacle apporté par l'utérus au libre cours des urines.

§ 2. — Des varices et thrombus.

Les varices des membres inférieurs ou du vagin sont assez fréquentes chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants ou chez quelques primipares vers la fin de leur grossesse : c'est une incommodité beaucoup plus grave que les hémorrhoïdes, en ce que, si elle persiste après l'accouchement, elle augmente de jour en jour, et surtout par l'effet des grossesses subséquentes; puis, plus tard, les tumeurs qu'elles forment deviennent si considérables qu'elles gênent la marche, deviennent douloureuses, s'ouvrent en produisant des ulcérations souvent inguérissables, etc., etc. Il faut donc faire tout ce qui est possible pour éviter leur accroissement. On y parvient par le repos, la situation horizontale, par la suppression des parties de l'habillement qui pourraient gêner la circulation, et en ayant soin d'entretenir la liberté du ventre. Si elles sont trop volumineuses, on s'oppose à leur développement par l'application méthodique de bandes ou de bas lacés, lorsqu'elles ont leur siége sur les membres inférieurs; lorsqu'elles existent à la vulve ou dans le vagin, on se

trouve quelquefois dans la nécessité d'appliquer des sangsues au voisinage de ces parties, afin d'éviter la formation de ces thrombus, de ces ruptures veineuses, qui ont lieu lors du passage du fœtus à travers le bassin. Nous parlerons en temps et lieu des thrombus et autres tumeurs produites par l'accouchement.

La rupture spontanée d'une varice pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement peut être mortelle : M. P. Dubois cite souvent, à sa clinique, l'histoire d'une femme enceinte, employée au service de la cuisine à la Maternité, qui, s'étant levée au milieu de la nuit, se heurta le pied contre un meuble anguleux; l'hémorrhagie fut si abondante qu'elle ne put regagner son dortoir, et fut trouvée mourante le matin, inondée dans son sang.

§ 3. — Sécrétion exagérée; inflammation et ulcération des follicules de la vulve et du vagin.

J'ai parlé, à l'article *Diagnostic de la grossesse*, d'écoulements muqueux, vaginaux, qui se manifestent ordinairement vers le sixième ou le septième mois, quelquefois beaucoup plus tôt, et se passent après l'accouchement. Je n'y reviendrais pas s'il n'était nécessaire de prémunir les jeunes accoucheurs contre une erreur de diagnostic facile à commettre, et qui peut avoir des conséquences fâcheuses pour les femmes et leur réputation.

Pendant la grossesse, le vagin et la vulve prennent une teinte rouge vineuse; les follicules mucipares se gonflent et sécrètent en plus grande abondance. Dans la plupart des cas, surtout lorsque les soins de propreté sont observés, lorsque la fatigue n'est pas excessive, les malades n'accusent que des flueurs blanches, qui ne constituent pas même une incommodité. D'autres fois, au contraire, la congestion du vagin et de la vulve devient excessive et douloureuse; les follicules rougissent, se gonflent, acquièrent le volume d'un grain de chènevis, et même celui d'un pois, et forment des saillies plus ou moins nombreuses à la surface de la muqueuse.

Si les phénomènes inflammatoires sont intenses, un certain nombre de follicules se transforment en véritables pustules, qui s'ouvrent pour donner passage à du pus dont la coloration varie depuis le blanc grisâtre, jusqu'au jaune plus ou moins foncé. Il en résulte des ulcérations circulaires très-superficielles de 4 ou 5 millimètres de diamètre, qui peuvent se cicatriser rapidement, mais qui peuvent aussi persister et simuler des ulcérations syphilitiques, d'autant plus facilement qu'il s'y joint une sécrétion fétide mélangée d'humeur sébacée, de sueur et de pus, analogue à celle qui accompagne les chancres, et surtout les papules muqueuses. La maladie n'ac-

quiert jamais ce degré de gravité que chez les femmes malpropres ou qui supportent de grandes fatigues.

Il y aurait grand inconvénient à ce que ces tumeurs et ces ulcérations folliculaires fussent prises pourt des accidents syphilitiques; une erreur de ce genre pourrait porter le trouble dans une famille, ou exposer une femme à un traitement mercuriel, toujours dangereux lorsqu'il n'est pas nécessaire. Dans la plupart des cas, on évitera une erreur de ce genre, en se rappelant que l'inflammation des follicules des parties génitales est fréquente pendant la gestation; qu'on rencontre en même temps des follicules de différents volumes et à différents degrés de développement, rouges, jaunes ou ulcérés; que les ulcérations sont superficielles, très-limitées, et n'ont jamais une base indurée; qu'elles ne s'accompagnent pas d'autres symptômes d'infection. Il faut cependant convenir que le diagnostic différentiel n'en est pas facile.

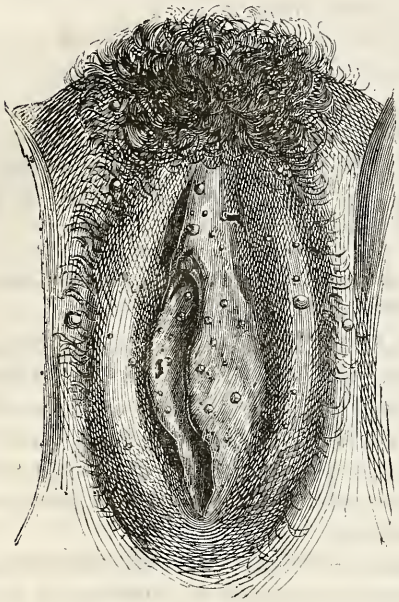


Fig. 70. — *Ulcérations folliculaires* [1].

Les adoucissants généraux et surtout locaux, les narcotiques, plus tard les astringents, quelques cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent, triomphent de ces accidents, ou, pour mieux dire, les ramènent à une simple surexcitation physiologique; si elles résistent, on aura recours à l'alun, à l'application du calomel, à l'azotate acide de mercure avec lequel on touche légèrement les tumeurs, deux fois la semaine, avec une allumette imbibée du caustique, un pinceau en contiendrait une trop grand quantité. Mais il faut user de ces agents avec réserve et proscrire un traitement trop énergique, qui courrait le risque de provoquer l'avortement. Le

[1] Empruntée à un très-bon travail de M. le docteur Huguier (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1850, t. XV, p. 527 et suiv.)

retour complet à l'état physiologique est impossible avant l'accouchement.

§ 4. — Du relâchement des symphyses.

Le ramollissement des ligaments qui unissent les os du bassin est un phénomène constant de la grossesse, mais on doit plutôt le regarder comme une trace d'une loi générale qui régit tous les êtres d'une même classe, que comme une nécessité de la parturition chez la femme. En effet, si ce ramollissement des symphyses est indispensable à l'accomplissement des fonctions génératrices chez certaines espèces animales où le bassin est très-étroit, il n'en est pas de même dans l'espèce humaine. Sur les bassins de femmes récemment accouchées, qui ont été soumis à mon observation, je n'ai jamais trouvé ce relâchement assez prononcé pour augmenter les diamètres du bassin de quelques millimètres, à moins que la femme n'ait ressenti pendant sa grossesse toutes les incommodités qui signalent un relâchement considérable, ce qui n'est plus un état physiologique, mais ce qui constitue une véritable maladie.

Dans ce dernier cas, la marche et la station ne sont plus possibles sans gêne, sans fatigue, sans douleur. Pendant le travail, les muscles auxiliaires de l'utérus, ne trouvant plus de point d'appui assez fixe sur le bassin, tiraillent douloureusement les symphyses et n'aident plus l'utérus dans ses contractions.

Cette maladie, dont les causes ne sont pas connues, débute par des douleurs sourdes dans les articulations du bassin, dans les reins, les hanches, les cuisses; les mouvements deviennent lents, difficiles, douloureux, à tel point que la marche est presque impossible; parfois ces douleurs sont si vives que la malade, même placée dans son lit, ne peut exécuter aucun mouvement sans les ressentir. Lorsqu'elle se lève et marche, elle éprouve un sentiment de grande faiblesse, de vacillation ; il lui semble que son corps est près de glisser entre ses cuisses, que le bassin s'écarte. Si la maladie fait des progrès par l'effet d'une disposition particulière, ou plutôt, et c'est ce qui a lieu ordinairement, par l'effet de grossesses successives, la disjonction, l'écartement, le relâchement des symphyses deviennent tels qu'en imprimant des mouvements aux membres abdominaux, on constate, non-seulement la mobilité de ces symphyses, mais une sorte de craquement, de cliquetis. Alors il devient complétement impossible à la femme de mouvoir ses membres inférieurs, que d'autres personnes sont obligées de soulever, et la sensibilité et le gonflement des parties deviennent quelquefois tels

que le moindre attouchement est douloureux. Les conséquences de cet état se font surtout sentir après l'accouchement, et n'entraînent un danger réel que lorsqu'il provient d'un vice organique.

Le relâchement des symphyses exige d'abord le repos le plus absolu dans une position horizontale, l'application de tous les moyens antiphlogistiques connus, saignées locales et répétées, surtout les bains, etc., s'il y a inflammation; sinon il faut favoriser la consolidation, le retrait des cartilages inter-articulaires au moyen d'applications de compresses trempées dans du gros vin chaud, et mélangé à une infusion de roses de Provins, ou bien dans des décoctions astringentes de tan, de quinquina, des solutions de sulfate d'alumine, d'acétate de plomb, qu'il ne faudra cependant pas négliger d'aider par une compression douce, graduée et constante, au moyen d'un bandage de corps fait avec des serviettes ou une large bande de flanelle, de casimir ou même de cuir garni. On mettra la femme à un régime tonique et fortifiant, si l'état des organes digestifs le permet; on la nourrira avec des viandes rôties, on lui fera boire quelque vin généreux, pris pur ou coupé, avec les eaux ferrugineuses ou gazeuses de Seltz, Spa, Pyrmont, etc. [1], des boissons amères, diurétiques, et de temps en temps quelque laxatif. Les bains froids, ceux de mer et de Barèges; l'usage, pendant toute la grossesse, de l'iodure de potassium dans de l'eau sucrée, à la dose de 25 à 50 centigrammes, de 1 et même de 3 à 4 grammes par jour; l'huile iodée ou de foie de morue, peuvent produire aussi de très-bons effets. La malade devra, dans ce cas, s'abstenir de tout aliment et de toute boisson acide. Après l'accouchement, ces moyens doivent être continués : on y joindra au besoin les vésicatoires volants.

§ 5. — Hydropisie de l'amnios.

La sécrétion de la membrane amniotique peut quelquefois être activée au point de produire dans sa cavité une accumulation de liquide beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Il est des femmes qui, à chacune de leurs grossesses, voient se renouveler cette véritable hydropisie sans qu'on puisse en trouver la cause. On a considéré cette sécrétion excessive comme le produit d'une inflammation de la membrane amnios, d'une lésion de sa sécrétion par suite d'une infection syphilitique ou de toute autre cause propre à diminuer l'action de l'utérus ; on l'a fait résulter aussi d'une

[1] Pour l'étude des diverses sources minérales, je crois devoir renvoyer au *Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, par MM. Durand-Fardel, Le Bret, J. Lefort et J. François. Paris, 1860, 2 vol. in-8.

condition morbide de l'œuf, existant primitivement dans l'ovaire; mais on ne connaît encore rien de positif sur l'origine de cette maladie. On l'a rencontrée chez des femmes de tous les âges, de toutes les constitutions et à tous les termes de grossesse. Cependant elle ne se montre guère qu'à partir du cinquième ou du sixième mois.

On la reconnaît à un développement extraordinaire du ventre, qui est beaucoup plus gros que ne le comporte l'époque de la grossesse. Du reste, ce volume varie, suivant la quantité de liquide sécrété par l'amnios, quantité qu'on a vue s'élever jusqu'à trente et quarante pintes. On peut circonscrire l'utérus, apprécier sa dureté à travers les parois abdominales, en même temps qu'on observe une grande obscurité dans la fluctuation, ce qui sert à distinguer cette hydropisie de l'ascite, qui pourrait compliquer la grossesse; car, dans ce dernier cas, le flot du liquide peut être facilement perçu. Ce qui distingue encore l'hydropisie amniotique d'une ascite sans grossesse, ce sont les mouvements du fœtus, qui sont perçus, quoique obscurément, par la mère ou le médecin. En examinant l'utérus par le vagin, on peut s'assurer que le ballottement est plus facile qu'à l'état ordinaire, et que le segment inférieur, fort développé, laisse percevoir la présence d'un liquide. Ce sont les mêmes symptômes que dans l'hydromètre simple, à l'exception de la sensation que donne la présence du fœtus. On distingue l'hydromètre par l'absence de tous les signes de la grossesse.

Mais, si l'on ignorait l'époque à laquelle la grossesse est parvenue, comment distinguer une grossesse normale de celle qui serait compliquée d'hydropisie de l'amnios, et qui par conséquent simulerait une époque plus avancée. Cette appréciation serait dans la plupart des cas bien difficile. Cependant la résistance de l'utérus, son développement qui n'est pas en rapport avec les modifications du col utérin restées en retard, qui est en même temps plus considérable qu'il ne doit l'être, quand la femme commence en général à percevoir les mouvements actifs (quatre mois et demi), quand on commence à entendre les battements du cœur (de cinq à six mois), permettront souvent, en se joignant aux autres signes qui caractérisent l'hydrométrie, de distinguer cette affection de la grossesse normale.

Dans l'hydropisie de l'amnios, l'urine diminue de quantité et les jambes sont moins sujettes à s'infiltrer que dans la grossesse ordinaire; la distension de l'utérus devient ordinairement pénible et même un peu douloureuse dans une période avancée, mais la santé de la femme est moins altérée que dans l'ascite, et elle ne court que bien rarement un danger immédiat. L'hydropisie de l'amnios prédispose aux hémorrhagies utérines, lorsque le travail a lieu, et

rend celui-ci plus long, parce que l'utérus distendu a perdu une partie de sa tonicité (contractilité de tissu). Le danger est beaucoup plus grand pour le fœtus; en effet, si la quantité de liquide est considérable, la contractilité organique de l'utérus peut être mise en jeu ; le travail se déclare alors quelquefois bien avant le terme, et l'avortement et la mort du fœtus en sont la conséquence. La femme peut cependant aller jusqu'à neuf mois. On a observé que lorsque le travail est décidé, l'enfant occupe la partie supérieure de l'utérus et le liquide la partie inférieure.

Cette maladie peut se compliquer de diverses lésions du placenta, telles que des kystes, des tumeurs, l'induration d'une partie de cet organe.

Dans le début de cette affection, les saignées locales ou générales sont nécessaires, s'il y a des symptômes d'inflammation ou de pléthore de l'utérus; les laxatifs doivent être employés à différentes reprises, et même leur usage est presque indispensable, tandis que les diurétiques ne semblent avoir aucune action. On peut joindre à ces moyens les toniques et le bain froid. Mais lorsque l'hydropisie amniotique devient tellement considérable qu'elle gêne trop la respiration et l'hématose, qu'elle produit des douleurs trop intolérables qui menacent les jours de la mère, il faut avoir recours à l'évacuation d'une partie du liquide en rompant les membranes, évacuation suivie de l'expulsion du produit : c'est un résultat fâcheux si l'enfant n'est pas encore viable, mais qui se trouve imposé par la nécessité. L'époque de la grossesse et l'état de l'orifice permettent presque toujours la perforation des membranes, car la nécessité d'agir ne se rencontre, en général, qu'à une époque déjà avancée de la grossesse, et de plus la trop grande réplétion de l'œuf avance aussi singulièrement les modifications du col utérin ; je ne crois donc pas que, dans ce cas, on puisse se trouver dans l'obligation de pratiquer, comme cela a été conseillé, la ponction de l'utérus au voisinage du col, parce que celui-ci n'offrirait aucune dilatation. Chez la femme d'un capitaine de la garde républicaine, auprès de laquelle M. Nonat me fit appeler, au sixième mois, l'utérus, plus développé qu'à terme, se contractait avec force et d'une manière constante depuis près de huit jours ; la malade était exténuée. Cette persistance de la douleur faisait craindre l'éclampsie, il y avait nécessité de mettre fin à un semblable état de choses. Le col était assez dilaté pour que la rupture des membranes pût être opérée facilement; cette opération fut faite, et l'expulsion du produit suivit presque immédiatement l'issue du liquide amniotique. L'enfant cessa de vivre en naissant; la mère s'est parfaitement rétablie. Dans

la grande majorité des cas, heureusement, les premiers moyens indiqués suffiront pour permettre d'attendre que le travail se déclare spontanément.

§ 6. — De l'hydrorrhée.

Des écoulements d'un liquide limpide ou plus ou moins coloré en jaune, en rouille par du sang, peuvent se faire par la vulve aux différentes époques de la grossesse, mais surtout dans les derniers mois. La quantité de liquide est très-variable, mais peut aller jusqu'à mouiller plusieurs serviettes par jour. Chez certaines femmes, l'écoulement ne se montre qu'une fois, mais il peut se renouveler souvent ou ne pas discontinuer pendant un temps assez long : tantôt le liquide s'écoule goutte à goutte, tantôt tout d'un coup et assez abondamment. Le plus ordinairement, ce phénomène ne s'accompagne pas de douleurs ; quelquefois cependant, la déplétion brusque de l'utérus détermine des contractions évidentes, que le repos suffit à calmer.

Ces pertes d'eau à diverses époques de la grossesse sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. Ce phénomène a été sinon méconnu, du moins, je le crois, mal interprété avant Nægelé. On a voulu expliquer ces pertes par une accumulation de liquide entre le chorion et l'amnios, par la rupture du chorion et de la caduque ; par la rupture d'un vaisseau lymphatique, par des hydatides, par la transsudation des eaux de l'amnios à travers les membranes ; par une hydropisie, une rupture de l'allantoïde, un œuf surnuméraire rompu, une rupture des membranes dans un lieu éloigné de l'orifice.

Aucune de ces opinions n'est appuyée dans les auteurs sur des observations certaines ; elles perdent, au contraire, toute valeur si l'on considère que, si telles étaient les causes de ce phénomène, il devrait presque toujours être funeste au produit, et l'expérience prouve que chez presque toutes les femmes chez lesquelles ces pertes se sont manifestées, la grossesse est parvenue à terme. J'ai souvent observé ces pertes d'eau plusieurs fois répétées dans les derniers mois de la grossesse, sans que celle-ci ait été compromise, chez une de mes clientes dans une douzième grossesse ; cet écoulement d'eau se manifesta périodiquement chaque semaine depuis le sixième mois jusqu'à terme sans accident.

Nægelé a, le premier, appelé l'attention des accoucheurs sur la fréquence de cet accident et sur sa véritable cause. Son opinion a été consignée dans une thèse soutenue à Heidelberg, en 1822, par J. B. Geil ; elle a pour titre : *De hydrorrhea uteri gravidarum.*

Il pense que ces pertes d'eau sont dues à l'écoulement d'une certaine quantité de liquide amassé entre les membranes de l'œuf et la surface interne de l'utérus; et il rend compte de ce phénomène en admettant que le liquide amniotique, fourni par les vaisseaux lymphatiques utérins, pénètre dans l'intérieur des membranes par endosmose. Si une légère inflammation de la surface interne de l'utérus a décollé une petite partie des membranes, ce liquide, au lieu de pénétrer dans l'œuf, s'épanche dans ce point décollé, s'y accumule, jusqu'à ce que l'excès de dilatation que l'utérus en éprouve le force à réagir; des contractions, perçues ou non par la mère, obligent alors le liquide à décoller de proche en proche les membranes jusqu'au voisinage du col, et l'eau s'écoule à l'extérieur. On comprend, dès lors, comment ce phénomène peut se produire plusieurs fois pendant la grossesse sans la compromettre et sans exiger aucun traitement.

Nægelé conseille une diète sévère et les saignées. J'avoue que je ne puis partager complétement l'opinion de cet accoucheur célèbre. Dans le grand nombre d'observations que j'ai recueillies à ce sujet, cet accident n'a présenté aucun phénomène inquiétant par lui-même, et les petites saignées que je me suis vu quelquefois obligé de pratiquer ont été bien plutôt dirigées contre les conséquences de la maladie que contre l'affection elle-même.

Deux observations que je vais citer démontrent, en outre, que ces eaux ne viennent pas de l'intérieur des membranes, mais de la surface interne de l'utérus. Une femme de la Clinique rendit, pendant sa grossesse et à plusieurs reprises, une quantité énorme de liquide, que M. Dubois put évaluer à 7 litres. Accouchée à terme, elle continua à rendre une très-grande quantité d'eau, à peine teinte de sang le premier jour, et qui, dès le second, avait repris sa limpidité. Cet écoulement, qui remplaçait évidemment les lochies, dura cinq à six semaines.

Une autre femme, extrêmement infiltrée, entra dans les premiers mois de sa grossesse à la Clinique; elle perdait des eaux en abondance aux époques correspondantes à ses règles. Après l'expulsion du produit, qui s'effectua avant terme, l'écoulement des eaux se continua quinze jours après l'accouchement. D'après le désir de M. P. Dubois, je fis passer cette femme à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré, et nous pûmes observer encore quelque temps la continuation de ce phénomène.

A l'occasion de cette observation, le docteur Marrotte se demandait si l'albuminurie ne serait pas la véritable cause pathologique de ces hydrorrhées, dont on a cherché des explications nombreuses et si peu satisfaisantes.

J'ai dit que cet accident n'avait aucune gravité par lui-même, et

qu'il ne nécessitait aucun moyen particulier; mais il est quelquefois nécessaire de prévenir les conséquences de ces pertes d'eau. Ainsi, quoique ce ne soit pas l'ordinaire, elles peuvent s'accompagner de contractions utérines violentes qui amèneraient l'expulsion du produit. Dans ce cas, le repos absolu doit être conseillé, et, après avoir vidé le rectum par un lavement évacuant, on administrera à la malade un huitième lavement, avec 8, 10 ou 15 gouttes de laudanum, suivant l'importance des accidents. Une petite saignée révulsive devra aussi être pratiquée, s'il y avait quelque signe de pléthore. Ces pertes d'eau expliquent comment certains accoucheurs crurent à un accouchement imminent à la vue de cet écoulement de liquide, qu'ils croyaient dû à la rupture des membranes, et furent fort surpris de voir tout rentrer dans l'ordre et la grossesse continuer.

ARTICLE VII

DES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

Afin de ne pas m'écarter du but que je me suis proposé dans un ouvrage pratique, je passerai rapidement sur les diverses classifications données par les auteurs, pour m'occuper spécialement du diagnostic des vices de conformation, de leur influence sur la grossesse et l'accouchement, et des indications qu'ils présentent à remplir pendant la gestation : c'est, en effet, surtout pendant la grossesse, que les vices de conformation du bassin doivent être l'objet de la sollicitude de l'accoucheur, quand ils sont assez prononcés pour rendre l'accouchement impossible à terme, sans opérations meurtrières. A cette époque seulement, en effet, l'homme de l'art peut prévenir les déplorables conséquences des rétrécissements.

Le bassin est vicié toutes les fois que ses dimensions s'écartent de la dimension normale; cependant, quelques lignes de plus ou de moins dans l'étendue des diamètres ne doivent pas, à proprement parler, constituer un vice de conformation, puisque rien dans ce cas, pendant la grossesse et pendant l'accouchement, ne peut faire soupçonner l'existence de ce vice.

Le bassin seul dont la conformation pourra créer des difficultés dans l'accomplissement de la parturition devra être regardé comme vicié.

§ 1. — Du mode de production et de classification des vices de conformation.

Le vice rachitique et l'ostéomalacie ne sont pas les seules causes de déformation du bassin, comme on le pensait autrefois [1]. D'autres in-

[1] Voyez F. C. Nægelé, *Des principaux vices de conformation du bassin*, traduction avec notes et additions, par A. Danyau. Paris, 1840, in-8, fig.

fluences peuvent, sans le concours de ces deux maladies, altérer mécaniquement la configuration des parties osseuses dans l'enfance et chez les sujets débiles ; enfin d'autres causes nous échappent tout à fait.

Fig. 71.

Sous le point de vue des causes qui peuvent les produire, on peut rapporter les vices de conformation à quatre types principaux :

1° *Vice de conformation par exagération de développement, avec perfection des formes* (excès d'amplitude).

2° *Vice de conformation, avec diminution dans tous les diamètres, et avec perfection des formes* (étroitesse absolue).

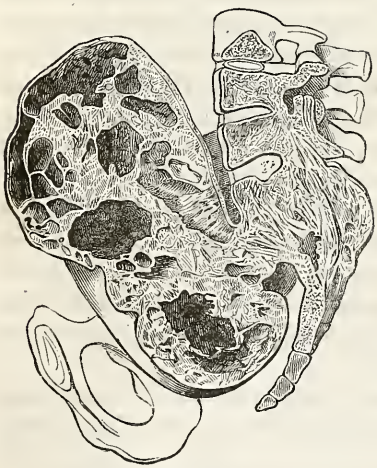


Fig. 72.

3° *Vices de conformation par rachitisme, ou ostéomalacie* (étroitesse relative).

4° *Vice de conformation consécutifs et déterminés par la déformation préalable d'une autre partie du squelette* (étroitesse relative).

Lenoir, dans son *Atlas complémentaire des traités d'accouchement*, range les vices de conformation en deux grandes classes, suivant qu'ils s'effectuent pendant la vie intra-utérine et qu'ils sont congéniaux, ou suivant que, survenus après la naissance, ils sont, comme on le dit, acquis. Il donne aux premiers le nom de *malformations*, et aux seconds celui de *déformations*.

Les malformations sont au nombre de six, qui sont :

1° Le bassin régulièrement trop grand ;

2° Le bassin régulièrement trop petit;
3° Le bassin en entonnoir;
4° Le bassin trop haut;
5° Le bassin trop bas;
6° Le bassin oblique ovalaire.

Quant à la seconde classe, celle des déformations ou des vices de conformation du bassin survenus après la naissance, et résultant d'altérations pathologiques des os de cette partie du squelette, elle ne comprend que trois chapitres : l'un a pour sujet le bassin déformé par le rachitisme, l'autre le bassin déformé par l'ostéomalacie, et le troisième le bassin déformé par des tumeurs de diverse nature naissant des parois de l'excavation.

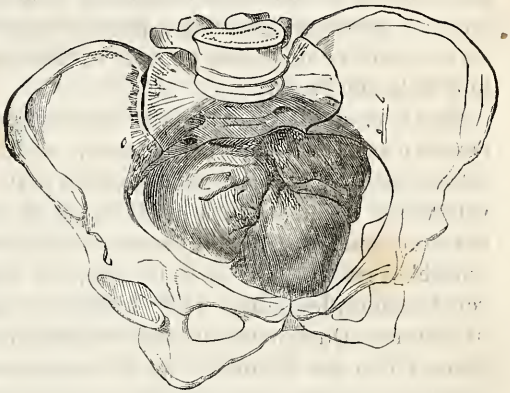


Fig. 73.

Les figures 71, 72 et 73, extraites de l'atlas de M. Lenoir, représentent les principaux genres de cette dernière déformation. Nous insisterons sur les considérations extrêmement importantes qui se rattachent à ce genre de déformation, à l'article *Indications pendant le travail.*

§ 2. — Vices de conformation par excès d'amplitude.

La largeur du bassin n'est pas toujours, comme on pourrait le croire, une circonstance favorable : elle peut exposer la femme à des accidents pendant l'état de vacuité, la grossesse et le travail.

Dans l'état de vacuité, la marge du bassin n'offre pas, dans ce cas, à l'utérus un soutien convenable, et il est plus exposé à se déplacer, soit en s'abaissant, ou en s'inclinant en avant ou en arrière (abaissement, antéversion, rétroversion). Ces accidents, qui sont fâcheux dans l'état de vacuité, ont quelquefois bien autrement de gravité pendant la grossesse et le travail.

A. *Abaissement.* — Pendant la grossesse, l'utérus, trouvant plus d'espace dans l'excavation, n'est pas sollicité à s'élever au-dessus du détroit supérieur, à mesure qu'il se développe, et il peut alors séjourner au-dessous de ce détroit pendant un certain temps, quand

même il aurait acquis un volume assez considérable ; alors la vessie et le rectum sont comprimés, il en résulte une difficulté plus ou moins grande dans les excrétions. Souvent même la gêne apportée dans la circulation détermine l'infiltration des membres inférieurs et les hémorrhoïdes.

Dans ce cas, le plus ordinairement le détroit supérieur est proportionnellement aussi étendu que l'excavation; alors l'utérus finit par s'élever, les accidents cessent, et ils ne se reproduisent qu'à la fin de la grossesse, quand le segment inférieur de l'utérus s'abaisse de nouveau, ce qui a lieu presque exclusivement dans la présentation de la tête fléchie.

Mais il peut arriver que le détroit supérieur, ne participant pas à l'excès d'amplitude du reste du bassin, retienne l'utérus dans l'excavation. Cet organe, comprimé de toutes parts, aggrave aussi par son volume les accidents déjà produits par la gêne de la circulation et des excrétions : la femme éprouve un sentiment de ténesme insupportable vers la vessie et le rectum, des tiraillements douloureux vers les aines, les lombes et l'ombilic ; elle ne peut ni rester debout ni marcher. Quelquefois un écoulement plus ou moins abondant et fétide a lieu par la vulve ; tous les symptômes d'une inflammation utérine se développent, et la femme succomberait, si le plus souvent l'avortement ou l'art ne venait mettre fin à un tel état de choses.

B. *Antéversion, rétroversion.* — Enfin, dans ce cas, l'utérus peut s'incliner soit en avant, soit en arrière, déplacements auxquels on donne le nom d'antéversion (fig. 74) et de rétroversion (fig. 75), accidents qu'il ne faut pas confondre avec l'antéflexion (fig. 76) et la rétroflexion (fig. 77). Dans le premier cas, l'utérus est couché ho-

Fig. 74.

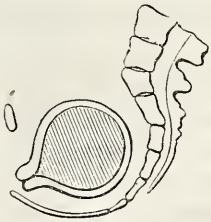


Fig. 75.

Fig. 76.

Fig. 77.

rizontalement ; son corps et son col ont le même axe ; dans le second cas, le corps est plus ou moins fléchi sur le col.

C'est ordinairement dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse que cet accident peut avoir lieu; il reconnaît pour cause première l'excès de dimension du bassin, mais aussi d'autres cir-

constances peuvent déterminer sa production, et, dans ce dernier cas, il peut s'opérer lentement par suite d'une pression continue que les viscères exercent sur l'utérus, ou brusquement, à la suite d'une chute sur le dos, d'un effort violent.

Quand cet accident est léger, il passe souvent inaperçu, et l'utérus se redresse à mesure qu'il s'élève; mais, quand il est très-prononcé, l'utérus ne peut s'élever au-dessus du détroit supérieur, et tous les phénomènes que j'ai décrits plus haut se manifestent.

Diagnostic. — Dans l'abaissement, le doigt rencontre le col sur le plancher du bassin, et il acquiert la conscience que l'utérus remplit toute l'excavation; dans l'antéversion, le doigt rencontre immédiatement le fond de l'organe, et le col situé dans la concavité du sacrum est souvent inaccessible.

Dans l'antéflexion, le corps occupe la même place, mais le doigt arrive facilement au col, qui n'est pas déplacé; de plus, il peut très-bien s'introduire dans le pli qui sépare le corps du col.

Dans la rétroversion, c'est le col qui se présente le premier; il est même souvent accessible à la vue en écartant les lèvres de la vulve; le fond occupe toute la concavité du sacrum.

Dans la rétroflexion, le fond occupe la même place; le col est situé normalement, et le doigt, en dépassant le col, peut s'introduire dans l'angle formé par le col et le corps.

Indications que le bassin, vicié par excès d'amplitude, présente à remplir.

Dès le début de la grossesse, la femme chez laquelle on a constaté cet état, surtout s'il y a déjà abaissement de l'organe, doit garder le repos sur la chaise longue jusque après le cinquième mois. L'accoucheur doit aussi, de temps en temps, pratiquer le toucher pour s'assurer que l'utérus n'affecte pas une mauvaise direction, qu'il est toujours mobile dans l'excavation. Au besoin, on favorisera l'ascension de l'utérus à l'aide d'une éponge fine, ayant la forme d'un champignon. Cette éponge doit être placée de manière que le col de l'utérus pénètre dans le creux de l'éponge, afin que l'organe soit ainsi maintenu dans sa rectitude; cette éponge sera retirée par le fil qu'on aura eu soin d'y fixer, lavée et replacée au moins tous les deux jours. De plus, elle devrait être imbibée et lavée sur place au moyen d'injections légèrement astringentes et répétées plusieurs fois par jour.

A l'aide de ces moyens, on favorisera l'ascension de l'utérus au-dessus du détroit supérieur, à mesure qu'il se développera, et l'on évitera des accidents graves pendant la grossesse.

Mais quand, n'ayant pu soupçonner cette disposition, on n'a pris aucune précaution convenable, l'utérus, en se développant, peut rester gêné dans l'excavation, et souvent dans un état plus ou moins prononcé d'antéversion ou de rétroversion. Si les douleurs, les incommodités qui résultent de ces déplacements ont été assez vives pour que la malade ait été sollicitée à consulter encore à temps, après avoir vidé la vessie et le rectum, on tâche, avec quelques doigts ou toute la main, si elle est nécessaire et si elle peut être introduite, de redresser l'utérus et de l'élever au-dessus du détroit supérieur, sur lequel il se maintiendra de lui-même. Dans le cas d'antéversion, il faudra soulever le corps de l'organe à l'aide d'un petit bâtonnet garni d'un tampon de linge à son extrémité, pendant qu'avec l'index de l'autre main on attirera le col de l'utérus, si on peut l'atteindre. Dans la rétroversion, quelques doigts seront introduits en arrière pour soulever le fond de l'organe, pendant qu'on tâchera d'abaisser le col, qui est en avant. La situation la plus favorable à donner à la femme pour pratiquer cette réduction est le décubitus sur le côté, l'opérateur se plaçant derrière la femme, les cuisses de la femme étant fléchies sur l'abdomen, et les genoux écartés au moyen d'un coussin.

Il arrive quelquefois que cette réduction présente des difficultés très-sérieuses. Si ces accidents n'ont déterminé dans les premiers temps que des douleurs supportables, pour lesquelles la femme n'a pas consulté, l'utérus s'est accru dans une proportion telle qu'on le trouve solidement fixé dans l'excavation. M. Évrat a fait usage, dans un cas semblable, de la baguette que j'ai indiquée plus haut : il l'introduisit dans le rectum, et souleva le fond de l'utérus, basculé en arrière, tandis qu'à l'aide d'un doigt il attirait le col qui était en avant. Après la réduction, la malade gardera le repos pendant un mois environ ; on s'attachera à combattre par les bains, les saignées, les conséquences des manœuvres qu'on a été obligé de tenter ; il sera nécessaire d'user d'un moyen contentif : dans ce cas l'éponge fine suffirait. Enfin, si la réduction était impossible et que les jours de la malade fussent en danger, il faudrait bien se résoudre à déterminer l'expulsion du produit à l'aide de la rupture des membranes ; dans le cas de simple abaissement et de rétroversion, l'opération sera facile, parce que le col, dans ces circonstances, est facilement accessible ; cette opération serait bien plus difficile dans le cas d'antéversion très-prononcée, le col étant situé très en arrière et très en haut. Si enfin elle était tout à fait impossible, la ponction utérine par le vagin serait la seule ressource.

Ce genre de conformation du bassin exige aussi les soins de l'ac-

coucheur pendant le travail et les suites de couches; je m'en occuperai en temps et lieu.

§ 3. — Vices de conformation par étroitesse.

La viciation du bassin par étroitesse est un des accidents les plus fâcheux auxquels l'art soit obligé de remédier. Il faut, en effet, qu'il existe une juste proportion entre les parties de l'enfant et le canal qu'il doit parcourir pour que l'accouchement soit spontané. Quand ce rapport n'existe pas, si la disproportion est peu prononcée et que l'enfant soit petit, l'accouchement spontané peut avoir lieu ; dans le cas contraire, une opération est indispensable, et alors l'art pourra intervenir sans grand danger pour la mère et l'enfant; mais, dans le rétrécissement très-prononcé, l'accoucheur n'aura qu'à choisir entre deux extrémités également fâcheuses : diminuer le volume de l'enfant, ou agrandir le canal qu'il doit franchir.

Je le dis par avance, et j'y reviendrai plus en détail en m'occupant des indications que les vices de conformation réclament au moment du travail ; entre ces deux alternatives, le choix cependant ne me paraît pas douteux, toutes les fois qu'il sera possible de sauver la mère en agissant sur l'enfant.

Mais je n'ai à m'occuper ici que de l'influence des bassins rétrécis sur la grossesse, et des indications qui en résultent à toutes les périodes de la gestation.

On a multiplié à l'infini les divisions et subdivisions de cette espèce de bassin vicié. En pratique, ces subdivisions sont inutiles, elles ne serviraient qu'à jeter de la confusion dans l'esprit des élèves. Aussi je me bornerai à donner les caractères des deux principales espèces de bassins rétrécis. J'insisterai cependant sur les causes et le diagnostic, ce qui me permettra de préciser plus sûrement les indications.

Les vices de conformation par étroitesse se divisent en deux espèces : *bassins viciés par étroitesse absolue; bassins viciés par étroitesse relative.*

1. Bassin vicié par étroitesse absolue (Velpeau).

Ce qui distingue ce genre de bassin vicié, c'est la régularité de la forme. Il est en tout semblable au bassin d'une femme adulte bien conformée, les dimensions seules ne sont plus les mêmes ; mais la texture des os, leur forme, leur couleur, leur solidité ne présentent aucune différence avec l'état sain. Il y a donc une différence notable avec les bassins rachitiques.

Nægelé en possède quatre dans sa collection; ils proviennent

tous de femmes chez lesquelles il a fallu pratiquer l'opération césarienne ou l'embryotomie.

Trois de ces bassins appartenaient à des femmes de taille ordinaire, le quatrième provenait d'une naine de trente et un ans, bien conformée, haute de 1 mètre 16 centimètres.

Nægelé admet plusieurs espèces de ce bassin ; je renvoie, pour ces détails, à son ouvrage : *Des principaux vices de conformation du bassin*, dont M. Danyau a donné la traduction.

A. *Causes de cette variété.* — La plupart des auteurs avaient pensé, jusqu'à ce jour, que le bassin vicié par étroitesse absolue résultait d'un arrêt de développement, par suite duquel le bassin conserve après la puberté les caractères de l'enfance. Mais la description que je vais donner de ce bassin, d'après Nægelé, démontre qu'il est en tout semblable au bassin d'une femme adulte, même conformation des détroits de l'arcade pubienne et des os isolés. Il n'en diffère que par l'étendue des diamètres, et il est bien loin de ressembler au bassin de l'enfant. Il n'a rien de commun non plus avec le bassin des rachitiques; et on le rencontre chez des individus dont le squelette ne présente aucune trace de cette maladie. La cause qui le produit nous échappe.

2. Bassin vicié par étroitesse relative (Velpeau).

M. P. Dubois a rattaché tous les bassins viciés par étroitesse relative à trois types.

Aplatissement d'avant en arrière ; enfoncement des parties antérieures et latérales ; compression d'un côté à l'autre.

Ces rétrécissements peuvent donc affecter les deux détroits isolément ou simultanément.

A. *Aplatissement d'avant en arrière.* — Dans ce genre de bassin, c'est en général le sacrum qui s'enfonce, rarement la symphyse.

Ce rétrécissement peut affecter le détroit supérieur et présenter cette forme (fig. 78 et 79). La diminution dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur (AI) s'accompagne presque toujours de l'augmentation du diamètre correspondant du détroit inférieur (BA), par suite du mouvement de bascule de l'os sacrum, à moins cependant que la courbure du sacrum ne soit très-prononcée, auquel cas ces diamètres seraient tous les deux viciés, celui (AC) de l'excavation gagnerait en étendue d'avant en ar-

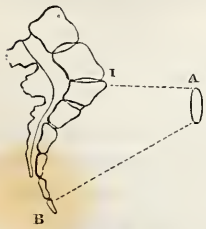


Fig. 78.

Fig. 79.

rière (fig. 80). Quoique l'enfoncement de la symphyse soit rare, cependant il peut coïncider avec celui du sacrum, et le bassin présente cette figure en huit de chiffre (fig. 81). Si cette symphyse est trop longue verticalement, disposition appelée *barrure* (fig. 83), le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur est vicié, et ce rétrécissement est encore bien plus considérable quand cette symphyse est oblique en dedans (fig. 82).

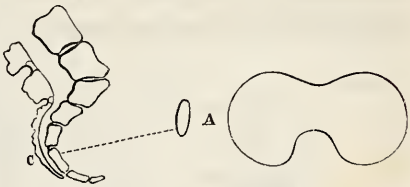


Fig. 80 (*profil*). Fig. 81 (*face*).

Il est rare que l'immobilité du coccyx constitue un obstacle sérieux à l'accouchement, quand le bassin est du reste bien conformé.

Fig. 82 (*profil*). Fig. 83 (*face*).

B. *Enfoncement des parois antérieures et latérales.* — La compression des parois antéro-latérales rétrécit les diamètres obliques; ce genre de vice de conformation est assez fréquent, cependant il l'est moins que le précédent. Le bassin, dans ce cas, peut être vicié d'un seul côté ou des deux côtés à la fois.

Dans tous les cas, c'est le point correspondant à la cavité cotyloïde qui a été enfoncé.

Si cet enfoncement a eu lieu des deux côtés, le bassin a la forme d'un trèfle (fig. 84); mais ordinairement la viciation est plus marquée d'un côté que de l'autre, et donne au détroit supérieur cette forme (fig. 85). Le diamètre oblique (AI) est très-rétréci; mais le diamètre antéro-postérieur (BC), quoique n'ayant rien perdu de son étendue, quoique présentant même quelquefois plus de 11 centimètres (4 pouces), ne peut permettre l'engagement de la tête. En effet, cette dernière ne peut se loger dans l'espace en bec que présente la symphyse des pubis.

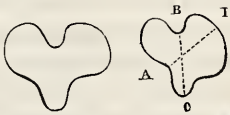


Fig. 84. Fig. 85.

C'est à cette espèce de rétrécissement qu'on doit rapporter le bassin oblique de Nægelé (fig. 86); les caractères de ce bassin sont les suivants : ankylose d'un des os des iles avec le sacrum, arrêt de développement, ou développement défectueux de la moitié du sacrum, trous sacrés plus petits de ce côté.

L'autre côté, qui semble conformé normalement, ne l'est pas cependant. Ainsi, en supprimant la partie viciée de deux bassins de cette espèce, on ne pourra pas, avec les deux autres moitiés qui paraissent bien conformées, constituer un bassin normal (fig. 87). Il

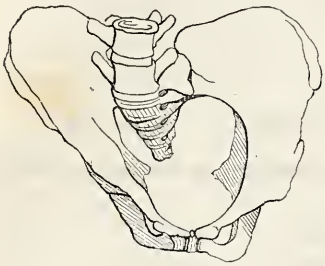


Fig. 86.

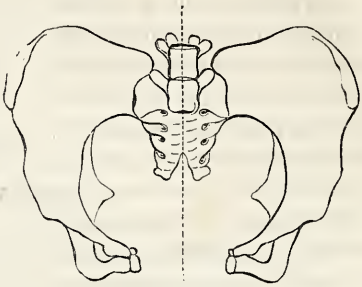


Fig. 87.

reste un espace plus ou moins étendu entre les pubis. Du reste, la force des os, leur volume, leur texture intime sont les mêmes que ceux des os sains.

Ce vice de conformation présente quelquefois un grand avantage, c'est qu'en général un côté a gagné en ampleur ce que l'autre a perdu, ce qui peut permettre encore à l'accouchement de s'effectuer. De même, dans un cas semblable, si une circonstance quelconque nécessitait, au moment du travail, l'extraction du produit, l'accoucheur pourrait faire la version, quoiqu'un vice de conformation soit une contre-indication de l'emploi de cette opération.

Le bassin de cette dame de Châteaudun, dont je parlerai à l'article *Procidence du cordon*, présentait cette disposition, mais comme en même temps il se trouvait rétréci dans toutes ses dimensions, il fallut faire la céphalotripsie.

C. *Compression des parois latérales.* — La compression latérale du bassin influe bien plus souvent sur la configuration du détroit inférieur et de l'excavation que sur celle du détroit supérieur. Les tubérosités sciatiques se rapprochent, et l'arcade pubienne prend la forme de celle de l'homme. Quand cette compression a changé la forme du détroit supérieur, c'est le diamètre transverse ou bis-iliaque qui est rétréci. Le diamètre antéro-postérieur augmente au contraire, les pubis font saillie en avant, et le sacrum se porte en arrière. Quand l'effet a été peu marqué, le détroit supérieur est rond; si la compression a été plus forte, il est ovale (fig. 88); enfin cette compression peut avoir porté plus sur un côté que sur l'autre, et le détroit prend alors cette forme (fig. 89).

Je viens de donner tout autant de détails qu'il en faut sur les trois espèces de vices de conformation par étroitesse relative, pour éclairer les inductions pratiques que j'en tirerai plus tard. Il me reste à ajouter cependant que ces trois types peuvent se réunir, et qu'alors, tous les diamètres du bassin se trouvent viciés; ce qui explique comment chaque auteur a pu admettre une foule de divisions et de subdivisions tout à fait inutiles en pratique. Dans la plupart des cas, ce n'est pas le degré exact du rétrécissement que l'on aura pu mesurer, à moins qu'il ne soit très-prononcé, qui pourra permettre de décider à l'avance, d'une manière certaine, quel sera le pronostic et quels devront être les procédés à employer, mais bien les difficultés de l'expulsion; car, pour décider ces questions *à priori*, il faudrait tenir aussi compte du volume de la tête de l'enfant, de sa réductibilité, de l'extensibilité des parties maternelles, de l'énergie des contractions, toutes circonstances qu'il est impossible d'apprécier à l'avance. Telle femme, en effet, accouchera très-bien, à l'aide du forceps, à 8 ou 9 centimètres (3 pouces un quart), parce qu'elle met au monde des enfants petits, dont la tête est très-réductible, etc., tandis que, chez une autre, l'extraction ne pourra se faire par ce moyen, et il faudra, après l'avoir tentée infructueusement, recourir à une autre opération, parce que cette femme met au monde des enfants volumineux dont la tête est irréductible.

Fig. 88.

Fig. 89.

Nous indiquerons ici, d'après Lenoir, le bassin en entonnoir ou *infundibuliforme*, dont il n'avait encore été fait mention dans aucun traité d'obstétrique français, et caractérisé par un défaut de proportion entre les parties supérieure et inférieure de cette cavité. Lenoir en décrit aussi deux espèces distinctes l'une de l'autre par leur constitution, par les accidents qu'elles produisent, et par les indications que ceux-ci réclament.

Dans la première espèce le bassin est plus grand qu'à l'état normal dans ses parties supérieures, tandis que ses parties inférieures conservent leurs dimensions ordinaires.

Dans la seconde, au contraire, le bassin est partout régulièrement conformé, excepté à son détroit inférieur, dont tous les diamètres sont souvent réduits d'un pouce.

Quant au bassin trop haut et au bassin trop bas, décrits aussi par Lenoir, ils ne doivent qu'être mentionnés, à cause de leur peu d'importance pratique.

§ 4. — Des causes et du mode de production des vices de conformation.

Pendant bien longtemps le rachitisme et l'ostéomalacie ont été regardés comme les causes uniques des vices de conformation du bassin. Les belles recherches de MM. Nægelé, P. Dubois, Bouvier, J. Guérin, Sédillot, etc., permettent maintenant d'établir que, dans des cas où il n'y a pas de rachitisme, des causes mécaniques ont pu déformer le bassin, lorsque sa résistance était encore peu considérable, dans l'enfance ou chez les sujets faibles. Les travaux de Nægelé signalent aussi des causes dont la nature intime est encore inconnue.

1. Rachitisme et ostéomalacie.

Le rachitisme et l'ostéomalacie, quoique très-distincts par leurs caractères anatomiques, dont nous n'avons pas ici à nous occuper, produisent cependant les mêmes résultats. Aussi, nous allons étudier leur influence sur les déformations du bassin, sans distinction. Le rachitisme et l'ostéomalacie n'ont pas cependant tout à fait la même influence sur le tissu osseux : le premier, qui est propre à l'enfance, s'accompagne souvent d'un certain degré de ramollissement, mais ce qui le caractérise surtout, c'est un arrêt de développement; tandis que dans l'ostéomalacie, qui ne sévit que chez l'adulte, le ramollissement est bien plus prononcé, mais les os ont acquis leur entier développement. Ces deux affections sont donc les causes premières des diverses déformations que peut présenter le bassin ; mais à ces causes il faut joindre l'action d'une force extérieure sans laquelle la conformation du squelette resterait intacte.

En effet, dans le rachitisme, le ramollissement n'est jamais assez prononcé pour que les os s'affaissent par leur propre poids. Cela pourrait tout au plus avoir lieu dans quelques cas rares d'ostéomalacie; aussi on ne peut attribuer les déformations qu'à une force extérieure qui agit comme cause secondaire : la force musculaire, par exemple, et le poids que le bassin a à supporter.

Dans la station, le poids du corps transmis des vertèbres lombaires aux têtes des fémurs, suivant deux lignes divergentes, la réaction ou la résistance qu'opposent les membres inférieurs à cette force de pesanteur, tendent à déprimer de haut en bas la partie postérieure du cercle osseux que le bassin représente, et à élever la partie antérieure; de plus, cette force, en même temps qu'elle pousse le sacrum en bas, le pousse aussi en avant, et la portion des os pubis, voisine

de la cavité cotyloïde, doit, sous l'influence de cette cause réagissante, se rapprocher de l'angle sacro-vertébral.

Ce qui explique comment les vices de conformation sont bien plus fréquents au détroit supérieur et bien plus prononcés, et pourquoi dans ce cas le diamètre antéro-postérieur et les obliques sont bien plus souvent rétrécis que les autres diamètres.

Maintenant si la pesanteur agit plus spécialement d'un côté, l'affaissement est plus marqué dans ce sens. C'est ce qui a lieu dans les cas où l'un des membres inférieurs est plus court que l'autre. Si l'on joint à cela l'influence de l'habitude de la femme, la nature des travaux auxquels elle se livre, on comprendra comment la déformation peut affecter plus spécialement un côté du bassin, et comment se constitue alors le bassin oblique de Nægele.

Cependant, dans ce dernier cas, en expliquant comment l'angle sacro-vertébral se rapproche d'une cavité cotyloïde, en s'abaissant de haut en bas et d'avant en arrière, comment une des cavités cotyloïdes peut se rapprocher aussi du sacrum, et s'élever ou s'abaisser en même temps, on n'explique pas l'ankylose de la symphyse sacro-iliaque du côté vicié, et c'est, suivant Nægele, le caractère pathognomonique du bassin oblique. Cette ankylose est-elle congéniale ? est-elle déterminée par un travail inflammatoire des surfaces articulaires, survenu après l'enfance ? Nægele n'a pas encore complétement éclairé la question, il pense cependant que cette ankylose est déterminee par un arrêt de développement.

La compression latérale, ou le rétrécissement du diamètre transverse est rare ; elle se combine presque toujours avec la compression antéro-postérieure pour vicier l'un des diamètres obliques. Elle résulte du décubitus prolongé des enfants sur le même côté, de la compression exercée sur une des hanches par les nourrices qui portent toujours du même bras ; cette circonstance peut aussi déterminer l'élévation et la compression en dedans de la tubérosité de l'ischion ; enfin, si l'enfant reste habituellement assis, le sacrum se courbe sur lui-même, le coccyx se rapproche de l'angle sacro-vertébral qui s'abaisse aussi, et les deux diamètres antéro-postérieurs des deux détroits sont viciés.

2. Déformation préalable d'une autre partie du squelette.

A. *Inflexion de la colonne vertébrale.* — Il est rare que l'inflexion de cette partie du squelette s'accompagne d'une déformation notable du bassin. Sur soixante-neuf cas de déformation de l'épine, d'après les recherches de M. Bouvier, cinquante-sept femmes ont présenté

le bassin à l'état normal ; chez douze seulement, il était vicié, et de plus, chez ces douze, les membres inférieurs étaient plus ou moins incurvés. Cette dernière circonstance, au contraire, se lie intimement à la déformation du bassin, et le fait est si constant qu'on peut, sur l'inspection seule des jambes, diagnostiquer l'état de ce canal osseux, tandis que la plupart des femmes qui sont seulement affectées d'incurvation de la colonne vertébrale, accouchent avec autant de facilité que les autres. Chacun a eu souvent l'occasion de constater ce fait.

Quoique les inflexions de la colonne vertébrale ne puissent pas être regardées comme cause de la déformation du bassin, et quoiqu'elles n'accompagnent pas toujours les rétrécissements, il est certain cependant qu'elles peuvent exercer, sur le degré de rétrécissement et sur la forme du bassin, une fâcheuse influence. Ainsi, l'incurvation de la colonne vertébrale peut déterminer le renversement du bassin d'avant en arrière, surtout du côté de l'angle formé par la jonction de la colonne vertébrale incurvée, avec le sacrum.

B. *Lésion des membres inférieurs.* — L'incurvation des membres inférieurs accompagne, comme je l'ai dit, presque toujours la déformation du bassin, et de plus, elle peut la déterminer ou tout au moins l'augmenter. Ainsi, dans le cas où les membres sont d'inégale hauteur, la pression qu'ils exercent sur les cavités cotyloïdes est inégale, et peut augmenter la viciation d'un côté du bassin ; néanmoins, on conçoit que, sans déformation préalable du bassin, le raccourcissement d'un des membres puisse déterminer sa déformation, soit que ce raccourcissement soit le résultat d'une fracture, d'une atrophie, ou d'une luxation, surtout si ces accidents surviennent quand le bassin n'a pas atteint son développement complet.

C. *Luxations congéniales du fémur.* — On ne peut nier que les luxations congéniales du fémur n'exercent ordinairement une certaine influence sur la configuration du bassin ; mais cette influence est si peu prononcée dans la plupart des cas, que la parturition ne s'en effectue pas moins, et qu'il n'existe pas un seul exemple d'une luxation congéniale du fémur sans rachitisme qui ait vicié le bassin au point de rendre l'accouchement impossible sans opération meurtrière.

Lenoir a fait, dans ce sujet, une division qui nous paraît *capitale :* il établit, sur des faits, que le bassin des individus affectés de luxations originelles des fémurs est différemment conformé suivant que la luxation existe d'un seul côté ou des deux côtés à la fois, et qu'il influe différemment aussi dans ces deux cas sur le travail de la parturition. Dans le bassin à luxation double, en effet, tout est à pe

près normal dans l'excavation et au détroit supérieur, seulement sa base et son sommet sont un peu modifiés. Ce dernier, en particulier, a, dans tous ses diamètres, un peu plus d'étendue que d'ordinaire, aussi l'accouchement est-il, dans un pareil bassin, en général plus facile et plus prompt qu'il ne l'est dans un bassin bien conformé ; tandis que dans un bassin à luxation unique, comme l'os des iles correspondant au côté affecté est seul frappé d'atrophie, et qu'à cause de cela les deux moitiés latérales de sa cavité intérieure cessent d'être symétriques, le détroit supérieur et l'excavation de ce bassin prennent alors une forme oblique ovalaire, qui peut faire obstacle à l'accouchement, ou du moins qui peut rendre le premier temps de ce travail plus difficile et plus long que de coutume. Lenoir insiste sur l'importance du rapprochement qu'il faut faire entre ce bassin vicié par une luxation unilatérale du fémur et le bassin décrit par Nægelé.

§ 5. — Diagnostic des vices de conformation.

L'accoucheur peut être consulté par des parents qui désirent savoir si l'état du bassin d'une jeune fille permet de la marier. Son avis peut aussi être demandé pour une jeune femme enceinte pour la première fois, et dont la conformation inspire quelques craintes. Dans ce cas, il peut avoir à répondre aux questions suivantes :

L'accouchement sera-t-il possible à terme, l'enfant vivant ? Quelle influence le rétrécissement peut-il avoir sur la grossesse ? Quelles précautions faut-il prendre pour éviter tout accident jusqu'à terme et pour faciliter l'accouchement ?

Dans le cas où il répondrait que l'accouchement ne sera pas possible sans les secours de l'art, il lui sera encore demandé si cette opération pourra compromettre la vie de l'enfant ou celle de la mère ? Si l'on ne pourrait pas l'éviter par quelque opération pendant la grossesse, soit en sauvant la vie de l'enfant et celle de la mère, soit en sacrifiant l'enfant à l'intérêt de cette dernière ?

Pour satisfaire à ces questions, et pour se tracer à lui-même par avance une règle de conduite, il faut que l'accoucheur connaisse exactement l'état du bassin, l'étendue des diamètres des détroits.

Cependant il ne faut pas croire que cette mensuration puisse être faite avec une exactitude mathématique, nos moyens ne nous permettent pas d'obtenir cette précision ; quand même on y parviendrait, le but ne serait pas encore tout à fait atteint : car, pour arriver à une appréciation rigoureuse des conséquences des rétrécissements et des opérations qu'ils peuvent nécessiter, il faudrait aussi connaître, comme je l'ai dit, le volume exact du produit, la réducti-

bilité de sa tête, celle des parties maternelles, les forces de la femme au moment du travail, l'énergie des contractions utérines, ce qui n'est pas possible.

Heureusement qu'en pratique, l'appréciation à 1 centimètre près suffit, et il est facile d'arriver à ce résultat. Pour l'obtenir, l'accoucheur doit d'abord s'aider des commémoratifs sur l'enfance et la jeunesse du sujet, puis il doit procéder à l'examen externe et à l'examen interne.

1. Commémoratifs.

L'accoucheur qui est appelé à prononcer sur la bonne ou la mauvaise conformation d'une femme, doit s'enquérir exactement des antécédents de cette femme dans son enfance et dans sa jeunesse. L'histoire des premières années peut souvent, à elle seule, faire soupçonner l'état du bassin. Voici les questions qu'il doit adresser aux parents :

Quelles sont les maladies dont l'enfant a été atteinte? A quel âge se sont-elles manifestées? A quel âge l'enfant a-t-elle marché? Après avoir marché a-t-elle éprouvé de la faiblesse dans les membres inférieurs? La station était-elle possible? Était-elle facile? Les articulations étaient-elles grosses?

Si toutes ces questions ne sont pas suivies de réponses satisfaisantes, il est bien probable que le bassin est vicié; de plus, on peut affirmer que c'est au rachitisme que les accidents sont dus, le rachitisme étant une maladie propre à l'enfance. Elle sévit bien rarement avant dix-huit à vingt mois, et très-rarement après treize à quatorze ans.

S'il existe des courbures des membres et de la colonne vertébrale, on devra être presque certain que le bassin est mal conformé, et si cette courbure a commencé par les membres inférieurs, on peut affirmer que c'est au rachitisme qu'elle est encore due, cette affection portant d'abord son influence sur les tibias, puis sur les fémurs, sur le bassin et la colonne. Au contraire, si les dix premières années se sont passées sans accident, ces courbures ne devront être attribuées qu'à l'ostéomalacie, surtout quand l'incurvation de la colonne vertébrale a précédé celle des membres inférieurs. Cette déformation de la colonne peut exister seule; alors on peut très-légitimement espérer que le bassin n'est pas vicié. L'expérience prouve, en effet, que la colonne vertébrale peut être fortement incurvée sans que le bassin soit vicié, quand les membres inférieurs sont droits, et que ce ne sont, en général, que les incurvations des membres qui accompagnent les rétrécissements du bassin.

2. Examen externe.

Ces recherches préliminaires terminées, l'accoucheur se livrera à l'examen externe avec toute la circonspection possible. Cet examen peut être fait, la femme étant debout ou couchée, mais toujours à travers l'épaisseur d'un linge. Suivant M. Velpeau, si l'allure de la femme est aisée, libre et bien dégagée, si les membres inférieurs sont droits, si les hanches sont de niveau, plus larges que la base du thorax et bien arrondies (la largeur des hanches est double de l'étendue du diamètre transverse du détroit supérieur), les grands trochanters convenablement écartés; s'il n'y a point d'ensellure (enfoncement du sacrum, au point où il s'articule avec la colonne vertébrale); si la symphyse des pubis n'est, ni trop enfoncée, ni trop saillante, ni trop haute, on aura quelque droit d'annoncer une bonne conformation. S'il existe de la claudication, le médecin examinera si elle dépend de la courbure plus prononcée d'un membre que de l'autre, de l'aplatissement de la paroi antéro-latérale, d'une maladie ancienne ou récente de l'articulation coxo-fémorale, d'une ancienne fracture. Si cette exploration met l'accoucheur à même de reconnaître quelques-uns des signes qui annoncent une mauvaise conformation, il ne devra plus s'en tenir à ces caractères qui ne peuvent donner que des probabilités, mais il devra recourir à des moyens qui lui permettent de faire une appréciation aussi exacte que possible.

En effet, ce n'est pas sur de simples probabilités que l'accoucheur peut interdire le mariage à une jeune fille, ou peut se déterminer, pendant la grossesse, à pratiquer une opération qui peut être plus ou moins grave pour le produit, dans le but d'éviter à la mère tous les dangers d'un accouchement à terme. Il lui faut aussi des données plus exactes pour le guider dans le choix de l'opération qui sera devenue nécessaire au moment du travail.

On a imaginé, pour arriver à ce résultat, une infinité d'instruments dont l'application se fait, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur; mais, sans contredit, le doigt est le meilleur pelvimètre. Cependant le compas d'épaisseur de Baudelocque (fig. 90), entre des mains habiles, peut donner des résultats assez satisfaisants, quoiqu'il soit loin d'offrir un degré de certitude absolue.

Pour cette exploration, la femme sera couchée sur le côté, si l'on veut apprécier l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Une olive de l'instrument sera placée au-devant de la partie supérieure de la symphyse des pubis (O), après avoir eu soin d'écarter les parties molles ; l'autre sera maintenue par un aide sur

l'apophyse épineuse de la première fausse vertèbre du sacrum (I).

Le curseur, si le bassin est bien conformé, devra marquer 19 centimètres.

Il faut alors défalquer 3 centimètres pour l'épaisseur des pubis,

Fig. 90.

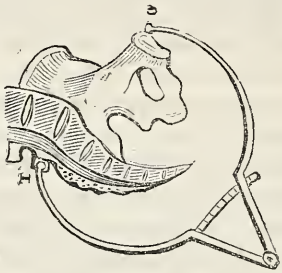


Fig. 91.

et près de 7 centimètres pour celle du sacrum, et il restera 11 centimètres. Maintenant, si le curseur ne marque que 16 centimètres, au lieu de 19 centimètres, c'est le diamètre antéro-postérieur qui aura perdu toute cette différence de 3 centimètres, il n'aura plus que 8 centimètres, et ainsi de suite.

Si l'on veut mesurer les diamètres obliques, l'instrument sera placé en arrière de la femme ; une olive sur la face externe du grand trochanter, et l'autre sur la partie saillante de l'articulation sacro-iliaque du côté opposé.

Le curseur doit marquer 24 centimètres, sur quoi il faut déduire 7 centimètres et demi pour l'épaisseur de la symphyse postérieure et 5 centimètres pour celle de la paroi antéro-latérale. Reste pour le diamètre oblique 12 centimètres environ, si le curseur marque moins de 24 centimètres. Défalcation faite de l'épaisseur des parties, ce qui restera donnera l'étendue du diamètre oblique vicié.

Deux circonstances peuvent cependant induire l'accoucheur en erreur : 1° la difficulté de bien fixer les olives sur les points indiqués ; 2° les variations qui peuvent se rencontrer dans l'épaisseur des os.

Sur un bassin bien conformé, il est facile de placer une olive sur les pubis, l'autre sur le premier tubercule du sacrum, etc. Mais sur le bassin mal conformé, les parties n'ayant pas conservé entre elles leurs rapports naturels, il est extrêmement difficile d'arriver à déterminer exactement les points où l'on doit fixer les olives. J'ai pu souvent me convaincre de cette difficulté par moi-même, et en aidant M. P. Dubois, à la Clinique, dans les investigations de cette nature ;

je l'ai même quelquefois vu renoncer au compas pour ne s'en fier qu'à son doigt.

Je suppose maintenant les olives bien fixées. Dans un bassin mal conformé, l'épaisseur des os n'est pas toujours la même, elle varie extrêmement, et pour le diamètre antéro-postérieur, par exemple, il serait possible qu'on obtînt 19 centimètres, sans que pour cela il y ait 11 centimètres de passage entre les pubis et le sacrum.

Néanmoins le pelvimètre de Baudelocque est un instrument utile, surtout chez les jeunes filles, chez lesquelles l'exploration intérieure ne doit pas être employée, à moins d'une nécessité absolue.

Pour apprécier les rétrécissements des diamètres du détroit inférieur, les doigts appliqués à l'extérieur suffisent seuls.

La femme est placée sur le bord d'un siége ou debout. Pour le diamètre antéro-postérieur, la pulpe de l'indicateur de l'accoucheur est portée sur la pointe du coccyx, et le sommet du pouce sur le bord du ligament sous-pubien, après quoi les deux doigts, maintenus dans cette position fixe, sont portés sur une règle graduée pour en déterminer l'écartement.

Pour le diamètre transverse, l'index sera placé sur une tubérosité ischiatique, le pouce sur l'autre tubérosité.

La mensuration externe ne donne pas, comme on peut le penser, des résultats assez certains pour qu'on doive s'en tenir à elle seule dans les cas où la mensuration interne est permise. Chez une femme mariée, par exemple, il est indispensable de mesurer exactement, à l'aide du toucher, les dimensions du bassin.

3. Examen interne.

On a proposé, pour cette mensuration interne, des instruments dont l'usage est si incommode, si douloureux, qu'on a été obligé d'y renoncer : tel est l'intro-pelvimètre de Coutouly et celui de madame Boivin [1].

Pour ce dernier en particulier, en outre de ses autres inconvénients, une circonstance devait faire renoncer à son usage dans la pratique civile : c'est l'introduction de la plus grande tige dans le rectum.

L'intro-pelvimètre de Stein mérite cependant d'être excepté, à cause de sa simplicité. Il en est de même de celui de Wellenbergh, qui se trouve décrit dans un petit ouvrage publié en 1831 à la Haye, et de celui de M. Van Huevel, qui a la plus grande ressemblance avec

[1] *Mémoire sur les causes de l'avortement*, p. 177.

le précédent, mais qui étant d'une application plus commode, mérite d'être adopté [1].

Pour se servir de l'instrument de M. Van Huevel, on couche la femme sur le dos, les jambes ainsi que les cuisses fléchies et écartées. On commence par s'assurer extérieurement et intérieurement de la situation du bord supérieur du pubis, marquant à l'encre, sur la peau, le point correspondant au milieu de ce bord. On cherche et l'on marque de même l'éminence ilio-pectinée droite et gauche en dehors du passage de l'artère crurale, de manière que l'extrémité antérieure des diamètres sacro-pubien et diagonaux du détroit abdominal se trouve indiquée à l'extérieur par trois taches faciles à retrouver.

Cela fait, on introduit dans le vagin l'index ou les deux premiers doigts de la main gauche, pour en placer la pulpe sur l'angle du sacrum; de l'autre main, on conduit la courbure de la tige vaginale C le long et au-dessous de ces doigts, qui en appliquent le sommet contre le promontoire, pendant que le pouce gauche, engagé dans le crochet, maintient solidement la tige au dehors.

La main droite, abandonnant alors cette tige, va saisir la vis de la branche externe A, dont on pose le petit bouton sur la tache d'encre faite au mont de Vénus ; du doigt annulaire de la même main, on pousse le levier en arrière, pour fixer le pelvimètre. Si, dans ce mouvement, le bouton s'était éloigné du pénil, il faudrait placer le pouce droit sur la palette de la tige vaginale, l'index recourbé sur l'extré-

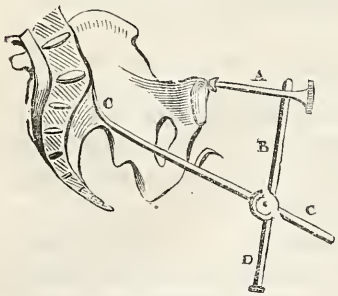


Fig. 92.

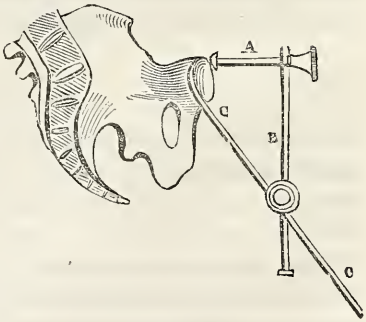


Fig. 93.

mité postérieure de la branche externe, et la rapprocher de la première jusqu'à ce que le bouton se remît en contact avec la peau du

[1] Dans un cas où M. Van Huevel pratiqua l'opération césarienne (26 février 1845), le doigt n'avait donné que 7 centimètres pour diamètre antéro-postérieur, le compas de Baudelocque 9 centimètres, le pelvimètre de M. Van Huevel 4 centimètres. L'autopsie permit de vérifier l'exactitude de cette dernière mesure.

pudendum. On retire ensuite l'instrument avec précaution, et l'on mesure l'espace compris entre les deux extrémités des tiges, c'est-à-dire l'étendue qui sépare le promontoire de la face antérieure du pubis.

Cette distance connue, on rend aux tiges leur mobilité en desserrant l'écrou. L'opérateur reporte l'index gauche dans le vagin, derrière la symphyse pubienne, puis il y conduit le sommet de la tige vaginale C (concavité en avant), qu'il fait glisser sur la face palmaire de ce doigt. Il la soutient d'une main, tandis que de l'autre il replace la vis de la branche externe A sur la tache du mont de Vénus. On aura soin de ne point appuyer plus fortement que la première fois ; il suffit d'effleurer la peau sans la déprimer. On serre de nouveau l'écrou, et l'opération est terminée.

Pour retirer l'instrument, qui comprend maintenant l'épaisseur du pubis, on détourne la vis de la tige externe, qu'on remet en place après l'extraction. On mesure aussi cette étendue, qui, déduite de la première, donne pour reste celle qui s'étend de l'angle sacro-vertébral à la face postérieure du pubis, ou le diamètre sacro-pubien proprement dit.

La mesure des diamètres diagonaux s'obtiendra absolument de la même manière. On porte le bout des doigts index et médius dans le vagin, sur le promontoire, ou même sur l'une ou l'autre articulation sacro-iliaque. Le sommet de la tige vaginale y est appliqué à son tour, puis on pose le bouton de la vis A sur la tache faite à l'éminence ilio-pectinée, à droite ou à gauche. Les tiges ayant été fixées dans leur position, elles sont doucement retirées des parties de la femme, et l'on prend avec la règle graduée la distance des deux sommets. Dans une seconde opération, on mesure l'épaisseur de la paroi cotyloïdienne, en conduisant au moyen des doigts la courbure ou l'extrémité droite de la tige vaginale derrière la cavité cotyloïde, jusqu'au rebord du bassin [1] ; on pose ensuite le bouton de la branche externe sur la tache d'encre de l'éminence iléo-pectinée. Est-il besoin de répéter que l'on ne doit point déprimer les chairs de l'aine, pourvu que l'on reste dans le plan du détroit abdominal ? Les tiges, rendues immobiles, sont extraites en détournant la vis, comme nous l'avons indiqué plus haut. Déduisant cette seconde épaisseur de la première, on aura pour reste l'étendue du diamètre sacro-cotyloïdien ou bien du diagonal, selon que la tige vaginale, au début, aura été placée sur le sacrum ou sur la symphyse sacro-iliaque.

Observons, en passant, que l'espace compris entre le promontoire et la paroi cotyloïdienne est le plus essentiel à connaître en cas de

[1] Si le crochet gênait l'opération, on pourrait le dévisser.

viciation diagonale, car ce n'est point l'articulation sacro-iliaque qui se déforme (sauf quand une exostose ou une tumeur quelconque se produit à sa surface), mais bien la base du sacrum, ou les cavités cotyloïdes qui s'enfoncent dans l'excavation.

Quant à la mensuration externe, on peut faire de la partie postérieure des deux tiges, en serrant convenablement la noix, une espèce de compas ordinaire pour le détroit inférieur. Porté sur les tubérosités ischiatiques, ou sous l'arcade du pubis et la pointe du coccyx, il sert à prendre, sans déduction, les diamètres transversal et antéro-postérieur de ce détroit.

Enfin, en vissant une ajoute sur le sommet de la tige vaginale, on forme un compas d'épaisseur dans le genre du compas de Chaussier ou de Baudelocque. Cette ajoute est aplatie et recourbée. On la place par sa concavité sur la face antérieure du pubis ; la branche qui la supporte se dirige en arrière entre les cuisses de la femme, et le bouton de la tige externe est posé sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre des lombes. L'opérateur tient des deux mains les extrémités de l'instrument, et serre avec un doigt, ou fait serrer l'écrou de la noix articulaire. Après avoir dégagé le compas avec précaution, on mesure l'ouverture des sommets, soustrayant 10 centimètres pour l'épaisseur du sacrum et du pubis.

Quant à ce dernier mode de mensuration, cet instrument ne donne pas des résultats plus exacts que celui de Baudelocque ; et de plus, il ne peut servir à mesurer le diamètre transverse, qui, au reste, est bien rarement vicié.

Mais, je le répète, toutes les fois que le doigt peut atteindre l'angle sacro-vertébral, la mensuration à l'aide du doigt est aussi exacte, plus facile et moins douloureuse, qu'à l'aide des intro-pelvimètres.

Ce mode d'exploration par le toucher, dont j'ai donné les principales règles, offre plus ou moins de difficultés, selon l'âge, l'état de vierge ou de femme mariée, la conformation du bassin elle-même, l'embonpoint; selon la sensibilité plus ou moins grande des organes de la génération ; enfin, selon l'état de constriction ou de relâchement de l'anneau vulvaire et des parois du vagin.

Chez les jeunes vierges, par exemple, si l'examen externe a laissé dans le doute, et qu'il y ait indispensable nécessité à connaître exactement l'état du bassin, il faut bien recourir au toucher vaginal, quand bien même on ne se proposerait pas de se servir de l'intro-pelvimètre : mais, dans ce cas, que de précautions, que de ménagements ne doit-on pas employer, non-seulement pour ne pas trop alarmer la pudeur de la jeune fille, mais aussi pour laisser aussi intacte que possible le signe physique de la virginité.

Pour apprécier l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, l'index devra être dirigé dans le vagin en suivant le sens de l'axe du détroit inférieur, vers l'angle sacro-vertébral, le bord radial du doigt étant immédiatement appliqué sous les pubis. Si la pulpe du doigt n'atteint pas l'angle sacro-vertébral, c'est que le diamètre a ses dimensions normales, ou, s'il est rétréci, c'est que ce rétrécissement est si peu prononcé, que l'accouchement ne s'en effectuera pas moins à terme.

Mais, si le doigt peut atteindre l'angle sacro-vertébral, on devra craindre des difficultés plus ou moins grandes. Pour mesurer, dans ce cas, l'étendue du diamètre sacro-pubien, on marque avec l'ongle de l'indicateur de l'autre main, en ayant soin d'écarter les grandes et petites lèvres, le dessous des pubis sur le doigt introduit; on retire ce doigt, et l'on reporte cette mesure sur le mètre.

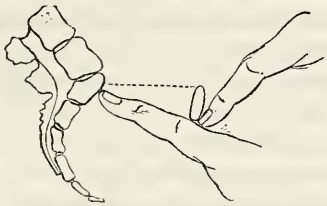


Fig. 94.

Fig. 95.

Mais la ligne oblique représentée par la longueur du doigt introduit ne donne pas encore exactement l'étendue du diamètre antéro-postérieur, qui, partant de l'angle sacro-vertébral, va se rendre au-dessus de la symphyse des pubis : cette ligne oblique est un peu plus longue. Pour avoir la mesure exacte du diamètre antéro-postérieur, il faut défalquer 1 centimètre (fig. 94).

Il faut aussi tenir compte de l'obliquité plus ou moins grande de la symphyse des pubis. En effet, si son sommet est déjeté en dedans (fig. 95), on pourra croire à l'existence d'un diamètre bien plus considérable qu'il ne l'est en effet. S'il est rejeté en dehors, on pourra croire ce diamètre plus petit (fig. 96).

Le doigt jugera facilement si la concavité du sacrum est augmentée ou diminuée, ce qui permettra d'établir si le diamètre antéro-postérieur de l'excavation est vicié.

Quant au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, il se mesure de la même manière que le diamètre correspondant du détroit supérieur. L'extrémité de l'index étant appliquée sur l'extrémité du coccyx (fig. 97), l'accoucheur relèvera le poignet jusqu'à ce que le bord radial du doigt touche le dessous de la symphyse des

pubis, et marquera ce point avec l'autre index. Il pourra, de plus, apprécier le plus ou moins de mobilité de l'articulation sacro-coccygienne en pressant légèrement sur la pointe du coccyx.

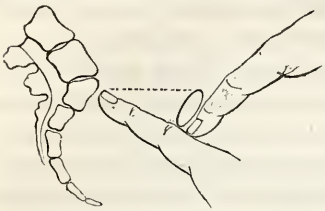


Fig. 96.

Fig. 97.

Les diamètres obliques et transverses sont beaucoup plus difficiles à apprécier pour le détroit supérieur; mais il est possible, avec de l'habitude, de déterminer l'étendue de ces diamètres au détroit inférieur à l'aide des doigts; enfin, c'est par le toucher seul qu'on pourra reconnaître l'existence des exostoses ou des autres tumeurs qui obstruent le bassin, et qu'on constatera leur résistance, leur mollesse, leur mobilité, leur situation, etc.

On a conseillé de faire cette exploration au moyen de la main tout entière introduite dans le vagin; mais on comprend que ce n'est qu'au moment du travail que ce moyen pourra être employé. On l'a dit, et cela est vrai, dans l'immense majorité des cas, tant que le doigt n'atteint pas l'angle sacro-vertébral, l'accouchement pourra être spontané, ou tout au moins pourra être terminé sans compromettre la vie de l'enfant. Mais il y a une exception à cette règle générale, et c'est le bassin oblique décrit par M. Nægelé qui nous la donne. En effet, on s'est quelquefois vu, dans ces cas, obligé de mutiler le produit pour l'extraire, et cependant le doigt n'avait pu atteindre l'angle sacro-vertébral. Dans ce genre de déformation, comme il est de la dernière importance de reconnaître l'étendue exacte des diamètres obliques, je vais joindre aux autres moyens ceux que M. Nægelé a indiqués pour reconnaître le bassin oblique.

Pour arriver à ce résultat, il faut comparer les mesures des deux côtés d'un bassin oblique entre elles : la différence donne l'étendue du rétrécissement. Je vais, à cet effet, rappeler certaines mesures prises par M. Nægelé, entre des points faciles à déterminer sur les bassins même les plus viciés.

Quand le bassin est bien conformé, *de la tubérosité sciatique, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, du côté opposé*, l'étendue ordinaire est de 17 centimètres 1/2. Elle est à peu près la même d'un côté comme de l'autre.

Sur le bassin oblique, il peut y avoir, entre les deux mesures faites de chaque côté, une différence d'au moins 2 centimètres 1/2 à 5 centimètres 1/2 au plus.

Sur le bassin bien conformé, *de l'épine iliaque antéro-postérieure, d'un côté, à l'épine iliaque postéro-supérieure, de l'autre côté,* l'étendue moyenne est de 21 centimètres.

Sur le bassin oblique, il peut y avoir entre les deux côtés une différence de 2 à 5 centimètres.

Sur le bassin bien conformé, *de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure, de l'un et de l'autre côté,* l'étendue moyenne est de 17 centimètres.

Sur le bassin oblique, la plus petite différence entre un côté et l'autre est de 18 à 36 millimètres.

Sur le bassin bien conformé, *du grand trochanter, d'un côté,* à *l'épine iliaque postéro-supérieure, du côté opposé,* 25 centimètres.

Sur le bassin oblique, la plus petite différence est de 1 centimètre 1/2; la plus grande, de 4 centimètres.

Sur le bassin bien conformé, *au milieu du bord inférieur de la symphyse des pubis à l'épine iliaque postéro-supérieure, de l'un et de l'autre côté,* 17 centimètres.

Sur le bassin oblique, la plus petite différence entre cette même distance, prise des deux côtés, était de 1 centimètre 1/2; la plus grande, de 2 centimètres 1/2.

On voit donc qu'il sera facile de reconnaître le bassin bien conformé, parce que les mesures prises entre les mêmes points donneront pour chaque côté la même étendue ; tandis que, pour le bassin ovalaire oblique, il y aura pour chaque mesure, prise d'un côté et de l'autre, une différence marquée, ce qui permettra de reconnaître le bassin oblique, et même de préciser le degré de rétrécissement.

Il est encore un autre moyen plus simple et plus prompt pour reconnaître le bassin oblique. J'ai dit plus haut (page 198), et j'ai démontré par la figure 86, qu'en réunissant la partie du bassin oblique qui semble bien conformée à elle-même, on ne pourra pas constituer un bassin bien conformé. C'est qu'en effet le caractère essentiel de ce bassin, c'est que la symphyse des pubis est dirigée d'un côté et le sacrum de l'autre; de sorte que le milieu de la symphyse des pubis correspond souvent à la symphyse sacro-iliaque du côté non ankylosé.

C'est sur cette disposition qu'est basé le moyen de diagnostic proposé par M. Nægelé.

Si l'on place une femme debout, le dos contre un mur, de sorte que les épaules et les fesses soient en contact avec le plan vertical, et qu'on laisse tomber deux fils à plomb, l'un du point qui corres-

pond à l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée, ou de la dernière lombaire, l'autre du bord inférieur de la symphyse des pubis, si le bassin est bien conformé, le premier de ces fils couvrira l'autre, c'est-à-dire qu'une ligne perpendiculaire au mur et partant du premier fil rencontrera le second, ou passera bien près de lui. Tandis que si le bassin est oblique, le fil antérieur ne masquera pas le postérieur; parce que ce dernier est dévié du côté ankylosé; plus le bassin sera vicié, plus cette ligne postérieure s'écartera de la ligne perpendiculaire à la muraille.

§ 6. — Influence des vices de conformation sur la grossesse ; pronostic sous le point de vue de l'accouchement.

J'ai dit plus haut quelle fâcheuse influence l'excès d'amplitude peut avoir sur la grossesse ; les rétrécissements ne sont pas dans ce cas, ils compromettent rarement; et cependant dans certains rétrécissements très-prononcés, il serait à souhaiter que l'avortement ait lieu. En effet, il pourrait seul éviter les dangers d'un accouchement à terme, qui rendra nécessaires les opérations les plus graves pour la mère.

C'est surtout sur l'accouchement que cette fâcheuse influence sera plus marquée; les difficultés devront être d'autant plus grandes que le vice de conformation sera plus considérable; proposition vraie dans la plupart des cas, mais qui ne peut l'être d'une manière absolue. En effet, comme je l'ai déjà dit, pour apprécier exactement ces difficultés, il faudrait tenir compte aussi de la grosseur de l'enfant, de sa position, de la réductibilité de ses parties, de l'énergie des contractions utérines, toutes circonstances qu'il n'est pas possible d'apprécier pendant la grossesse, et dont quelques-unes seulement sont appréciables pendant le travail.

Les rétrécissements exposent aussi le fœtus et sa mère à d'autres dangers; les parties fœtales, qui se présentent, ne bouchent pas hermétiquement le détroit supérieur, l'eau s'écoule, et le fœtus reste exposé pendant toute la durée de l'accouchement, très-long en général dans ce cas, à la compression immédiate de l'utérus. Souvent aussi le premier flot de liquide qui s'écoule au moment de la rupture des membranes entraîne le cordon, et l'enfant meurt des suites de la compression que subit cet organe. Les opérations nécessaires à son extraction compromettent aussi souvent son existence. Je reviendrai plus en détail sur toutes ces circonstances, quand je m'occuperai des vices de conformation pendant le travail.

Pour la mère, les contusions, les déchirures, les fistules de tout

genre, déterminées soit par la tête de l'enfant, soit par les instruments mal dirigés, l'écartement des symphyses, enfin l'opération césarienne, peuvent compromettre sa vie. J'y reviendrai aussi en temps et lieu.

§ 7. — Indications que les vices de conformation présentent à remplir pendant la grossesse.

Pendant l'enfance, l'homme de l'art doit s'attacher à écarter soigneusement toutes les causes qui peuvent influer d'une manière fâcheuse sur la construction du bassin, surtout quand il existe chez la petite fille des prédispositions au rachitisme. (Voyez à la fin de l'ouvrage : ÉDUCATION PHYSIQUE DES ENFANTS.) Mais quand ces sages précautions n'ont pas été prises, et que la jeune femme a conçu dans des conditions aussi défavorables, ne serait-il pas possible, pendant la grossesse, que l'art pût intervenir utilement, afin de prévenir les conséquences fâcheuses des vices de conformation pour la mère et l'enfant? La question n'est plus douteuse aujourd'hui. Afin de mieux préciser les indications que l'accoucheur peut remplir pendant la grossesse, je les ferai précéder de l'énumération des difficultés que l'on peut prévoir au moment du travail.

De plus, sous le point de vue des difficultés que l'on peut prévoir et des indications à remplir, je rangerai, d'après M. P. Dubois, tous les vicesde conformation dans trois classes principales.

La première se compose des bassins dans lesquels le passage présente 9 centimètres 1/2.

La deuxième comprend les bassins qui ne présentent de passage que 9 centimètres 1/2 au plus et 7 centimètres 1/2 au moins.

Dans la troisième sont rangés tous les cas dans lesquels le rétrécissement sera tel, que l'espace libre sera inférieur à 7 centimètres 1/2.

Le bassin a au moins 9 *centimètres* 1/2.

L'expulsion spontanée, quoique plus longue, plus difficile, plus dangereuse, dans ce cas, doit cependant être espérée : aussi l'accoucheur attend-il l'époque du travail pour intervenir, s'il y a lieu.

L'expulsion spontanée du fœtus est encore possible à la rigueur ; toutefois il faudra que les contractions soient très-énergiques, que la réductibilité de la tête soit considérable, car le diamètre de cette tête non réduite qui se présente au détroit supérieur rétréci, est de 9 centimètres, encore la vie du produit sera-t-elle souvent compromise; mais au-dessous de 8 centimètres, l'art sera obligé d'intervenir, à moins cependant que le produit mort ne soit ramolli par la putréfaction.

Les moyens diététiques conseillés par M. Moreau pourraient être essayés par ceux qui les préconisent après lui; quant à moi, je trouve que l'art possède, dans ces cas, une ressource bien plus précieuse, l'accouchement prématuré artificiel.

1. Accouchement prématuré artificiel.

Grâce aux efforts de MM. Stoltz, Dezeimeris, Velpeau, P. Dubois[1], l'accouchement provoqué après le terme de la viabilité, sept mois, et avant le neuvième, est une opération désormais acquise à la pratique obstétricale en France. Depuis longtemps elle rendait d'utiles services à nos voisins de l'Angleterre et de l'Allemagne, tandis qu'un vain préjugé la faisait repousser chez nous par ceux mêmes qui ne reculaient pas devant la symphyséotomie et l'opération césarienne.

Et cependant que se propose-t-on pour but dans cette opération? Sauver l'enfant, et épargner à la mère tous les dangers d'une opération à terme. Et bien plus, ce but, on l'atteint dans la majorité des cas.

Qu'on consulte les relevés statistiques publiés en 1838 par M. Stoltz, on verra que, sur deux cent onze cas d'accouchements provoqués, plus de la moitié des enfants ont vécu, qu'il a succombé à peine une femme sur quinze. Qu'on compare maintenant ces résultats à ceux qu'on obtient par la symphyséotomie et l'opération césarienne, et qu'on prononce.

Nous n'avons pas, en effet, dans les murs de Paris, un seul exemple d'une femme qui ait survécu à l'opération césarienne. Celle qui résista le plus longtemps fut une de celles que j'aidai M. P. Dubois à opérer. Elle ne mourut que le dix-septième jour, d'une affection tétanique, alors que tout faisait espérer un succès complet[2].

Merriman, Baudelocque et M. Moreau ont conseillé, dans ce cas, de soumettre la femme à un régime propre à diminuer le volume du produit, afin de rendre l'accouchement à terme plus facile : les saignées souvent répétées, un régime maigre peu substantiel, les bains tièdes fréquents, un exercice actif, rempliraient ce but. M. Moreau dit s'en être très-bien trouvé dans plusieurs circonstan-

[1] La plus grande partie de ce qu'on va lire est extrait de notes communiquées par M. Stoltz, d'articles publiés par lui dans la *Gazette médicale de Strasbourg;* des Mémoires de MM. Dezeimeris, P. Dubois, Lacour (de Lyon), qui a publié sur ce sujet sous l'inspiration de son maitre, M. Stoltz, un travail des plus complets (Thèse, Paris, 1844).

[2] *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. III, p. 694 ; t. V, p. 25.

ces. Je lui ai entendu citer, à ce sujet, l'observation d'une femme qui accoucha à terme d'un enfant vivant, après avoir été soumise à ce régime, tandis qu'à ses grossesses précédentes on avait été obligé de mutiler l'enfant pour l'extraire. J'ai par devers moi un seul fait qui viendrait à l'appui de celui-ci; mais j'ai observé si souvent le contraire, que je regarderai ce fait comme une coïncidence, et que je me prononcerai plutôt pour la négative. M. P. Dubois ne pense pas que le régime de la mère puisse influer sur le développement du produit; c'est l'opinion la plus généralement admise.

Cependant, en 1850, parut un mémoire destiné à faire revivre ce conseil oublié.

On comprend que, frappés des dangers que faisaient courir à la mère et à l'enfant surtout les opérations nécessaires pour terminer l'accouchement à terme dans les cas de rétrécissement du bassin, d'excès de volume du produit constaté par les difficultés d'un premier accouchement, Merriman, Baudelocque, et plus près de nous, il y a vingt ans, M. Moreau, aient eu la pensée de diminuer le volume de l'enfant pendant la vie intra-utérine pour permettre un accouchement à terme spontané, et éviter ces opérations si graves, souvent si meurtrières.

C'était tenter d'enrichir la pratique obstétricale d'une nouvelle ressource, alors que l'art ne possédait pour ces cas que la perforation du crâne, les *crochets aigus*, la symphyséotomie et l'opération césarienne. C'était tenter un effort généreux, quoiqu'il fût malheumement souvent infructueux.

Mais qu'en 1850, après les remarquables travaux des Anglais, des Allemands, de M. Stoltz, de M. Velpeau, qui les premiers osèrent recommander en France l'accouchement prématuré artificiel (cette conquête si belle de l'art obstétrical sur le préjugé et la routine), on vienne proposer de recourir encore à ce procédé, quel que fût le moyen employé, l'iode ou le régime! Il faut, pour en arriver là, avoir défendu la syphilisation et avoir combattu la compression de l'aorte.

En effet avec ce régime, presque cruel dans son application, et qui peut être si dangereux en faisant manquer souvent le but qu'on se propose, bien souvent aussi en altérant la santé de la mère, tout est, pour ainsi dire, livré aux chances du hasard.

Au contraire, l'autre méthode, si rationnelle, si inoffensive pour la mère et si favorable à l'enfant le plus souvent, est basée sur des calculs aussi certains que possible; elle permet de saisir l'enfant au moment donné où son volume devra être et sera le plus ordinairement en rapport avec les détroits du bassin, et donnera des résultats qui pourront presque toujours être prévus.

N'est-ce pas un véritable sujet d'étonnement pour tous les vrais praticiens, pour M. Moreau lui-même, de voir mettre en parallèle aujourd'hui ces deux procédés?

En vain, on citera des faits qui semblent favorables à ce régime; mais n'est-il pas de méthode, pas de doctrine, si étrange qu'elle soit, qui ne puisse en apparence être appuyée par des faits, dans lesquels tous les bons esprits ne voient que des coïncidences, que du hasard?

En effet, pour le cas qui nous occupe, on sait combien est incertain et imprévu tout ce qui tient aux vices de conformation du bassin.

Une femme accouche d'un enfant petit, bien qu'elle soit forte, bien portante, et qu'elle ait amplement satisfait son appétit, bien qu'elle n'ait pas été saignée, tandis qu'à une seconde grossesse l'enfant sera volumineux, quoique la mère ait été malade et soumise au régime, sans qu'on puisse savoir à quoi tient cette différence de volume. (Voyez l'observation III, page 249.)

Ne voit-on pas tous les jours une femme, qui n'a pu être délivrée que par des opérations qui ont compromis la vie de l'enfant, accoucher quelquefois à terme spontanément dans d'autres grossesses, ou d'autres femmes qui d'abord sont accouchées spontanément et d'autres fois ont été obligées de subir les opérations les plus graves? Tous les ouvrages sont remplis de faits semblables.

J'en ai cité quelques-uns dans le mémoire que j'ai déjà eu l'honneur de lire à l'Académie.

Dans l'un de ces cas, j'avais pu extraire, à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de MM. Denonvilliers et Marrotte, une fille vivante par une simple application de forceps, quand deux ans auparavant le volume de l'enfant avait obligé M. P. Dubois, chez la même femme, à pratiquer la céphalotripsie [1].

Dans l'autre, quelques jours après, dans le même hôpital, là où je devais, suivant le degré de rétrécissement, compter sur une opération facile et sans danger pour l'enfant, je fus obligé de perforer le crâne.

D'après ces faits, et dans des circonstances où le hasard a déjà tant de part, il est donc permis de douter de l'efficacité d'un procédé dont le hasard doit si souvent diriger les résultats, et de donner la préférence à celui des deux procédés où le point de départ et le point

[1] Le 11 juin de cette année, cette femme, enceinte pour la troisième fois, et qui, malgré nos recommandations, avait laissé passer le terme où l'accouchement prématuré aurait pu être pratiqué, n'a pu être délivrée que par la céphalotripsie que je fis dans le même hôpital, sous les auspices de MM. Denonvilliers et Marrotte. Cette femme, prise le troisième jour de symptômes de métrite, est sortie parfaitement rétablie.

d'arrivée pourront être déterminés presque mathématiquement.

En effet, dans le procédé du régime alimentaire restreint et de la saignée, on n'a aucune donnée, même approximative, qui puisse servir de base à la direction à imprimer au régime, aucune donnée qui puisse faire prévoir les effets de ce régime sur le volume de l'enfant; et là où l'on espère que le volume de l'enfant sera suffisamment restreint pour lui permettre de franchir le bassin, on aura bien souvent le regret de se voir dans la nécessité de recourir à des opérations meurtrières, parce que la mère seule a souffert de ce régime, et que l'enfant a échappé à ses effets. J'ai vu souvent de ces exemples. Non pas que j'aie expérimenté le régime; mais, dans des cas de maladies longues, qui avaient nécessité un traitement diététique et affaiblissant pendant les derniers mois de la grossesse, chez des femmes affectées de vomissements incessants qui ne gardaient qu'une très-petite quantité d'aliments, les enfants avaient rarement subi une diminution de volume en rapport avec la rigueur du régime ou l'intensité des accidents.

Voilà pour ce qui peut être facilement démontré. En outre, je suis loin d'être convaincu qu'un régime de ce genre ne soit pas de nature, dans bien des cas, à porter de graves atteintes à la santé de la mère, et s'il agit sur l'enfant, à compromettre les chances de viabilité de celui-ci bien autrement que ne le ferait l'accouchement prématuré.

Dans l'accouchement prématuré artificiel, au contraire, tout est réglé, tout est prévu, autant que possible, et l'époque à laquelle il conviendra d'opérer, et les résultats de l'opération. Je dis autant que possible, car le hasard aura aussi une certaine part dans les résultats; mais quelle différence! Le volume de l'enfant sera toujours inférieur à celui qu'il présente à terme, bien que ce volume puisse être plus considérable qu'il n'a l'habitude de l'être à telle ou telle époque de la vie intra-utérine. Et si le volume de la tête ne se trouvait pas aussi petit qu'il doit l'être à l'époque à laquelle on opère, il pourra arriver seulement que là où un accouchement spontané devait être légitimement espéré, on aura à faire une application de forceps; mais jamais, comme cela peut arriver avec le régime, une perforation du crâne ou même une céphalotripsie ne deviendra nécessaire.

Comme on le voit, la différence est capitale. Mais ce n'est pas tout : les relevés statistiques de l'accouchement prématuré artificiel prouvent combien est grande l'innocuité de cette opération pour la mère, et combien elle laisse encore de chances plus favorables à l'enfant que tout autre procédé.

Comment hésiter un moment, même dans des cas restreints? com-

ment rejeter cette conquête si précieuse de l'art obstétrical ? Que de emmes, que d'enfants eussent été sauvés si de vains préjugés n'avaient empêché pendant de si longues années l'accouchement prématuré de se naturaliser en France ! Et quand nous venons à peine de jouir de ce bienfait, comment songer à y renoncer [1] ?

[1] Madame L..., arrivée au terme d'une première grossesse après un travail très-prolongé, n'avait pu être délivrée qu'à l'aide d'une application du forceps que je fis après que la tête avait déjà subi un certain degré d'engagement; l'enfant vécut : il a aujourd'hui cinq ans. Sa tête, très-petite et très-réductible, s'était cependant allongée considérablement pendant un engagement pénible, effectué dans un bassin uniformément petit, qui ne présentait que 8 centimètres 1/2 (3 pouces 1/4) environ au diamètre antéro-postérieur des deux détroits et de l'excavation.

Madame L... devint de nouveau enceinte. Prévenu en temps utile de son état de grossesse, je conseillai à M. le docteur L... de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Cette proposition ne fut pas acceptée de prime abord; M. le docteur L... se fondait sur ce que le premier enfant étant venu au monde petit, offrant une tête petite et très-réductible, il y avait tout lieu d'espérer qu'on rencontrerait à un second accouchement des circonstances aussi favorables, et qu'alors, surtout à une deuxième couche qui est en général plus facile, l'enfant serait probablement expulsé ou extrait plus favorablement encore que la première fois. Je cherchai à combattre ces raisons, et quelques semaines après je revins encore à la charge ; mais les mêmes raisons me furent alléguées, et j'ai à me reprocher, dans cette seconde occasion, de ne pas avoir insisté plus encore que je ne l'ai fait. M. le docteur L... laissa arriver le terme de la grossesse; mais ses espérances ne se réalisèrent pas. Après un travail très-prolongé, pendant lequel des douleurs énergiques et des plus vivement perçues s'exercèrent inutilement pendant plus de dix-huit heures, après la rupture des membranes et la complète dilatabilité du col, la tête s'était légèrement engagée par son sommet allongé, mais moins encore que la première fois, et elle resta ainsi comme clouée au détroit supérieur, sans faire le plus petit progrès, malgré l'énergie et la continuité des douleurs. Il nous parut indispensable, à M. le docteur L... et à moi, de mettre fin à un travail aussi prolongé et aussi complétement inutile. J'appliquai donc le forceps. Cette application fut des plus faciles et presque exempte de douleurs, malgré l'élévation de la tête; j'ai rarement fait une opération qui m'ait autant satisfait. Mais le forceps une fois articulé, quand il fallut extraire la tête, je rencontrai une résistance que je ne pus vaincre qu'à l'aide d'efforts considérables. Vingt minutes de tractions énergiques, y compris les temps de repos nécessaires, me permirent d'extraire un enfant des plus volumineux, qui fit quelques inspirations et ne put être ranimé par aucun moyen; la tête de l'enfant était énormément développée et surtout tout à fait irréductible.

Pendant l'extraction la mère avait ressenti des crampes très-vives dans le membre inférieur gauche.

Les trois premiers jours, l'état de la nouvelle accouchée fut des plus satisfaisants; la fièvre de lait se manifesta en son temps et avec toute la régularité désirable; le ventre resta constamment affaissé et indolore. Mais bientôt la malade ressentit de légères douleurs dans toute l'étendue du membre inférieur gauche, et seulement à la surface, et peu à peu la sensibilité devint si excessive que le plus léger contact faisait pousser des cris à la malade; ces douleurs ne lui laissaient que des intervalles d'un repos incomplet. Tous les moyens furent mis en usage pour modifier cette vive sensibilité; MM. les docteurs Honoré, Bouillaud, Velpeau, Baudelocque, Michon,

C'est la Grande-Bretagne qui doit être considérée comme le berceau de cette conquête obstétricale. Découragés par les insuccès qu'ils éprouvaient à la suite de l'opération césarienne et de la symphyséotomie, qui réussissait mieux sur le continent, les médecins de cette nation cherchaient depuis longtemps à lui substituer une opération qui présentât plus de chances de succès. Déjà leur attention s'était fixée sur les cas où des femmes, ayant subi des accouchements à terme laborieux, avaient pu, par un accouchement prématuré spontané, mettre au monde avec quelque facilité un enfant vivant. Cette analogie conduisit d'abord à quelques applications rares et isolées. Ainsi, Marie Dunally, sage-femme de ce pays, en 1738, suivant quelques auteurs, auraient pratiqué cette opération la première ; puis, en 1756, dans une réunion dont Denman nous a conservé le souvenir, les praticiens les plus considérés de Londres ayant décidé que cette opération était avantageuse et approuvée par la morale, Macaulay justifia authentiquement la décision de ses compatriotes. Il fut imité par Kelly, John et James Barlow; puis plus tard par Ramsbotham, les deux Merriman, Campbell, Burns, Marshall, Ingleby, etc.

Bien que la France ait précédé l'Allemagne dans la proposition de l'accouchement prématuré artificiel, car en 1779, Roussel de Vauzesme, dans sa dissertation sur la synchondrotomie pubienne, propose, pour l'éviter, de provoquer l'accouchement au septième ou

furent successivement consultés, mais en vain; l'autre membre devint également le siége de douleurs aussi atroces; puis la paralysie ne se borna pas aux deux membres inférieurs. Elle se manifesta bientôt, précédée de vives douleurs, dans les deux membres supérieurs. Des symptômes de méningite, avec accès de délire furieux, se manifestèrent, et la mort vint, après plusieurs mois, mettre un terme à cet état d'angoisse et de souffrance inexprimables.

Il est plus que certain que l'accouchement prématuré artificiel aurait permis d'éviter un aussi déplorable résultat, qui certainement n'a été dû qu'à une compression subie par les nerfs cruraux, les branches antérieures des nerfs sacrés et les vaisseaux lymphatiques, au moment de l'engagement de cette tête si volumineuse, et cette compression a été d'autant plus funeste qu'elle s'est exercée, non pas seulement au détroit supérieur comme dans les cas où ce détroit seul est rétréci, mais dans toute l'étendue du canal, depuis le détroit supérieur jusqu'au détroit inférieur, le bassin étant uniformément petit.

Il faut bien, en effet, que cette circonstance ait eu l'influence que je lui attribue, et que de plus elle ait rencontré chez la malade de fâcheuses prédispositions, pour qu'on ait vu des accidents aussi formidables se manifester. Que de fois, en effet, n'ai-je pas vu des femmes soumises, avant leur entrée à l'hôpital, à des applications de forceps mal dirigées, pratiquées à plusieurs reprises et bien plus longtemps continuées, éprouver à peine de légers accidents, et que de fois j'ai appliqué le forceps à des degrés aussi prononcés de rétrécissement, sans que j'aie jamais eu à déplorer un semblable résultat!

huitième mois, ce procédé est passé de l'Angleterre en Allemagne. A Heidelberg, A. Mai, en 1779, la propose aussi; mais elle ne fut pratiquée qu'en 1804 par Wenzel. Ce succès et la publication de son livre (1818), et celui de Reisinger (1820), acquirent à l'accouchement prématuré de zélés partisans, Kluge, Busch, d'Outrepont, Ritgen, Kilian et Nægelé, etc. Il n'eut pour antagoniste sérieux que le célèbre Boër, de Vienne. Osiander, Froriep, A. E. Siebold en deviennent partisans après avoir été ses adversaires.

Ferrario, en Italie, publia, en 1829, six observations dues au professeur Lovati, de Pavie, dans lesquelles cinq enfants vinrent vivants ; un seul mourut d'apoplexie, et aucune femme ne succomba, Cisinelli a depuis fait connaître aussi de nouveaux cas dus à Lovati. Bili, à Milan, fut aussi heureux que ce dernier professeur.

En Hollande, il fut plusieurs fois pratiqué avec succès par Salomon Wellemberg : bien qu'il fût élève de Gardien, cet accoucheur inventa tout exprès un des meilleurs pelvimètres que nous possédions ; enfin par Schow, Van den Kieboom et Vrolik.

En Danemark, en Amérique, en Suisse et en Pologne, P. Scheel, James Spoendli et Mayor, ont fait connaître des observations riches d'intérêt et de détails (Lacour).

En Belgique, c'est au professeur Van Huevel que revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier l'accouchement prématuré artificiel sur une femme de trente ans, rachitique. L'enfant, lors de la publication de ce fait (1843), trois mois après l'opération, se portait très-bien.

En France, comme je l'ai dit, elle fut proposée pour la première fois en 1779, par Roussel Vauzesme ; mais ce conseil tomba dans l'oubli. M. Dezeimeris remonte plus haut : il attribue l'initiative à Puzos, mais tout à fait à tort, car le procédé de Puzos n'est qu'une variété de l'accouchement forcé, tandis que dans l'accouchement prématuré artificiel, c'est à la nature qu'est confié le soin d'expulser le produit ; l'art ne fait que donner la première impulsion au travail.

Bientôt après Lauverjat se montre partisan de l'accouchement prématuré ; mais longtemps mal connue, cette opération éprouva de la part de Baudelocque et de ses successeurs une opposition aveugle et passionnée, qui n'empêcha pas Fodéré de la recommander en 1813. En 1830, M. Burchard soutint une thèse remarquable sur ce sujet, sous l'inspiration de M. Stoltz, qui lui en fournit tous les matériaux. Enfin M. Stolz put, en pratiquant lui-même le premier en France cette opération, lui donner la sanction de l'expérience. Ursule P..., de Strasbourg, haute de 4 pieds et demi, dont le bassin ne présentait que 2 pouces 3 quarts, fut opérée par lui le 27 sep-

tembre 1831 ; l'opération eut un succès complet. Rien dans ce cas ne peut donner matière à contestation; car cette femme étant morte de phthisie pulmonaire huit mois après, M. Stoltz put faire constater, sur le bassin qu'il présenta à l'Académie de médecine de Paris, le degré de rétrécissement et par conséquent la nécessité de l'opération, qui, du reste, était mise hors de doute par la perforation du crâne, à laquelle on avait été obligé d'avoir recours dans deux accouchements précédents. M. Villeneuve, de Marseille, en 1836, pratiqua aussi l'accouchement prématuré ; M. Nichet le pratiqua une fois à la Maternité de Lyon (18 août 1840), chez une primipare ; enfin, en dernier lieu, M. Stoltz publia[1] deux faits tirés de sa pratique : le premier eut un succès complet ; dans le second, par le fait de circonstances que l'opérateur n'avait pu prévoir, la mère et l'enfant succombèrent.

Cette femme, sur sept accouchements précédents, en avait eu six laborieux, et un seul avant terme, où l'enfant avait pu être expulsé vivant. Cette dernière circonstance avait dû paraître à M. Stoltz comme une indication tracée par la nature, et qu'il devait s'empresser de suivre. Malheureusement, une excroissance osseuse située derrière la symphyse des pubis, et à sa partie supérieure, dont l'existence n'avait pu être reconnue à cause de son élévation, avait fait certainement des progrès depuis les dernières couches, si l'on en juge par les difficultés bien plus grandes qui se rencontrèrent dans ce huitième accouchement avant terme. M. Nægelé (Manhein, 1812) rapporte un fait de ce genre. Une femme qui avait mis au monde cinq enfants forts et bien portants, et un sixième qui avait succombé à la suite d'un travail prolongé, n'avait pu donner le jour au septième qu'en subissant l'opération césarienne.

La dame qu'opéra M. Velpeau s'appelait madame Tarlet. Desormeaux, Deneux et M. Velpeau n'avaient pu la délivrer que par la céphalotomie. En 1825[2], cet habile chirurgien l'avait délivrée deux autres fois depuis d'enfants morts, avec le forceps ou la version, et M. Patrix n'avait pas été plus heureux près d'elle dans une quatrième couche.

Cette dame éprouva, au huitième mois d'une cinquième grossesse, quelque gêne; elle fit appeler M. Velpeau, à qui la circonstance parut favorable, et qui décolla et rompit les membranes. L'enfant fut extrait vivant, bien qu'il se présentât par l'extrémité pelvienne.

La septième opération pratiquée en France appartient à M. P. Du-

[1] *Gazette de Strasbourg*, 1842-1843.

[2] *Traité complet de l'art des accouchements*, 2e édit., 1835, t. II, p. 410.

bois : elle a été pratiquée à la Clinique pendant que j'étais en fonctions dans cet hôpital; elle eut un plein succès. Le bassin de cette petite naine (Leprati) âgée de vingt-trois ans avait tout au plus 3 pouces de diamètre ; cependant elle accoucha très-heureusement, au huitième mois, d'une fille bien portante [1]. (Voyez *Vices de conformation pendant le travail.*)

[1] *Rétrécissement du bassin; accouchement prématuré artificiel, heureux pour la mère et l'enfant.*

Observation I. — Mon ami, le docteur Ameuil, me pria d'examiner avec lui une jeune femme enceinte de quelques mois, et dont la conformation lui inspirait des craintes pour un accouchement à terme. Après avoir mesuré avec le compas de Baudelocque, puis avec le doigt et l'intropelvimètre de M. Van Huevel, le diamètre sacro-pubien, nous ne trouvâmes que 3 pouces et quelques lignes; nous pensâmes donc qu'il y avait opportunité à pratiquer chez cette femme l'accouchement prématuré artificiel.

L'étendue du bassin nous permit de fixer l'époque de cette opération au huitième mois accompli, afin de laisser les plus grandes chances possibles à l'enfant.

J'aurais désiré avoir l'avis de nos collègues les docteurs Danyau et Devilliers fils, afin de les faire contribuer, pour leur part d'expérience et de responsabilité; jour avait déjà été pris avec ces honorables confrères, quand je reçus de la mère de la jeune femme une lettre dans laquelle elle refusait tout autre concours que celui de M. le docteur Pons, qui nous fut adjoint. M. Pons, après examen fait, partagea notre avis, signa ainsi que nous la consultation, et approuva l'usage des moyens à l'aide desquels nous nous proposions d'opérer.

Une éponge préparée, petite et taillée en cône, fut donc introduite dans le col utérin, puis une autre éponge molle, du volume de cinq doigts réunis en cône, fut introduite sur la première afin de la maintenir, et un bandage en T fut placé pour fixer le tout. Il était onze heures du matin ; le soir, vers quatre heures, malgré l'usage de ce moyen et l'administration de 2 grammes de seigle ergoté, aucune douleur ne s'était manifestée : l'appareil fut retiré, et un autre petit cône d'éponge préparée fut introduit dans le col. Pendant la nuit, quelques douleurs sourdes se manifestèrent, l'utérus devint le siége d'une légère sensibilité et d'une tension permanente : l'appareil fut de nouveau retiré, et nous trouvâmes le col dilaté, présentant l'étendue d'une ancienne pièce de 3 francs ; les membranes étaient intactes.

Mais pendant que s'étaient accomplis les phénomènes d'aplatissement et de dilatation du col utérin, la face des choses avait tout à fait changé ; la tête, poussant au-devant d'elle le segment inférieur de l'utérus, modifié par la présence de l'éponge, avait déjà subi un premier degré d'engagement dans le détroit supérieur. Cette circonstance nous donna à penser que la petitesse de la tête était extrême, et qu'alors il y avait tout lieu de croire qu'elle ne prendrait pas, pendant le dernier mois, un accroissement qui pût l'empêcher de traverser le bassin à terme, et que, par conséquent, dans l'intérêt de l'enfant, nous devions tâcher de suspendre ce commencement de travail, si cela était possible.

Nous laissâmes donc les membranes intactes ; si elles résistaient et que le col vînt à se resserrer, l'enfant, expulsé à terme, aurait acquis son entier développement ; mais cette chance était incertaine.

La femme fut mise au bain pour faire cesser la sensibilité de l'utérus, le ventre fut couvert de cataplasmes, le repos fut prescrit, et la femme fit usage d'une potion calmante.

M. Gunning Bedfort a mis en note dans la traduction anglaise de ce livre, page 134, que, suivant Kilian (*Die operat. Geburtshülfe*, page 298), l'accouchement prématuré artificiel a été pratiqué, depuis l'année 1831, 161 fois ; savoir :

En Angleterre, 72 fois.
Allemagne, 79
Italie, 7
Hollande, 3

46 enfants vinrent morts, 115 vivants.

Sur ces 115, 75 vécurent.

8 mères seulement moururent, dont cinq par l'effet de causes entièrement étrangères à l'opération.

Tout travail cessa; la sensibilité utérine avait complétement disparu, lorsque, trois jours après l'introduction de la première éponge, sans aucune douleur, les membranes se rompirent spontanément, et la femme accoucha seule d'un enfant petit, mais vivace et bien portant.

L'accouchement fut si facile et si rapide, que la femme resta stupéfaite d'être accouchée pour ainsi dire sans s'en être aperçue. Un médecin fut mandé à la hâte pour effectuer la délivrance. Le rétablissement de l'accouchée fut aussi rapide qu'une couche aussi heureuse devait le faire espérer.

Qui croirait cependant qu'un mois après, notre ami, le docteur Cherest, entendait dans le monde une âme charitable faire passer cette femme pour morte? Elle était allée au spectacle la veille.

Rétrécissement prononcé du bassin ; excès de volume du premier enfant; accouchement prématuré au huitième mois d'une seconde grossesse, déterminé par la crainte de l'accouchement prématuré artificiel qui devait être pratiqué; enfant vivant.

Observation II. — Je fus appelé, en 1847, par M. le docteur Bouchon, chez madame Mul..., rue Papillon. Cette dame, affectée d'une luxation spontanée du côté droit, était en travail depuis vingt-quatre heures. La tête de l'enfant était arrêtée au détroit supérieur, rétréci; une application de forceps ne permit d'extraire qu'avec de grandes difficultés l'enfant volumineux et qui avait cessé de vivre. La mère s'est rétablie assez rapidement.

Cette année 1850, M. Vidal, de Poitiers, chargé, après le départ de M. Bouchon, de donner des soins à madame Mul..., vint m'annoncer qu'elle était enceinte de nouveau, et s'éclairer auprès de moi sur les antécédents de cette dame.

Les dimensions du bassin (3 pouces 1/2), le volume de ce premier enfant, les difficultés qu'avait présentées son extraction, m'engagèrent à conseiller à M. le docteur Vidal, de Poitiers, de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel.

L'opération fut résolue et fixée au 30 septembre 1850, au terme de huit mois environ, afin de laisser à l'enfant les plus grandes chances possibles de viabilité ; mais la vive impression que la pensée de cette opération fit ressentir à madame Mul..., la fit accoucher spontanément trois jours avant celui qui avait été fixé pour l'opération. L'accouchement fut si rapide, que M. Vidal, de Poitiers, ne put être averti en temps utile, et que ce fut une sage-femme du voisinage qui reçut l'enfant.

Cet enfant était d'un volume bien en rapport avec le terme de huit mois, et dans un état de santé parfait. Il fut envoyé en nourrice. Plusieurs mois après, il a succombé, mais par l'effet de causes tout à fait étrangères à sa naissance.

D'après les relevés de M. Stoltz, publiés en 1838 :

Sur 211 cas d'accouchements prématurés artificiels, plus de la moitié des enfants ont vécu ; il a succombé à peine 1 femme sur 15.

D'après M. Clausure fils (d'Angoulême) :

Nombre d'opérations	280
Mères sauvées	274
Mères mortes	2
Enfants sauvés	166

Depuis ces relevés, un certain nombre d'opérations furent pratiquées.

Au bout de vingt jours, madame Mul... était complétement rétablie.

La nature, dans ce fait, s'est chargée d'effectuer ce que l'art avait dû résoudre pour le salut de la mère et celui de l'enfant ; le fait n'en est pas moins concluant en faveur de l'accouchement prématuré artificiel.

Excès de volume de l'enfant dans deux couches successives, coïncidant avec une légère diminution dans les diamètres du bassin; accouchement prématuré artificiel; forceps; enfant vivant.

Observation III. — Madame M..., femme de M. M..., aide de camp du général S..., d'une bonne constitution, d'une conformation régulière, présente cependant une légère diminution dans les dimensions des diamètres du bassin. Enceinte une première fois, cette dame ne put être délivrée, après un travail des plus pénibles et de près de trente heures, qu'à l'aide d'une application de forceps, longue et douloureuse, bien que l'enfant fût d'un petit volume et né un peu avant terme.

Dans une seconde grossesse, survenue au bout de six ans, le travail se présente de la même manière ; mais l'application du forceps, comme la première fois, difficile, laborieuse, détermina la mort de l'enfant qui était à terme et d'un volume considérable.

Deux fausses couches suivirent ces deux accouchements.

Enfin une cinquième grossesse survint.

Madame M... vint à Paris et se mit entre les mains habiles de M. Récamier et de M. Vuiton, et notre très-honoré maître voulut bien confier cette dame à mes soins.

Lorsque ses antécédents et toutes les phases des deux accouchements précédents me furent expliqués par madame M... et sa mère, par M. M..., avec ce soin, cette précision, ce calme qu'on ne rencontre que rarement dans une énumération semblable faite par des gens du monde, je vis là toutes les indications qui requièrent l'usage de l'accouchement prématuré artificiel. Ainsi, le premier enfant n'avait dû son salut qu'à ce qu'il était petit et né un peu avant terme, et le forceps ne détermina pas sa mort ; le second, qui était volumineux, avait succombé dans l'opération même destinée à le sauver.

L'accouchement prématuré artificiel, à huit mois, devait nous offrir des chances tout au moins aussi favorables que celles de la première grossesse ; il nous était même permis d'espérer que le volume de l'enfant, plus restreint encore, n'obligerait pas à appliquer le forceps. Je proposai donc de déterminer l'accouchement à huit mois.

MM. Récamier, J. Massé, Désormeaux, A. Belin, partagèrent cette opinion, et l'opération fut fixée au jeudi 1er mai.

Celle que je pratiquai avec MM. les docteurs Ameuil et Pons, et qui est rapportée plus haut, fut des plus heureuses pour la mère et l'enfant.

Il en fut exactement de même pour celle que pratiqua M. le professeur Schœller (de Berlin).

M. d'Outrepont a pratiqué cette opération 11 fois.

9 enfants vinrent vivants au monde; 2 succombèrent. L'un s'était présenté par le siége, l'autre par l'épaule, avec prolapsus du cordon ombilical, circonstances qui justifient très-bien la mort, sans qu'on puisse l'attribuer à l'accouchement provoqué.

Une de ces femmes avait déjà été délivrée 5 fois très-laborieusement d'enfants morts. A une sixième et à une septième grossesse,

Madame M... prit chaque jour un grand bain; elle fut convenablement rafraichie; les entrailles furent tenues libres pendant les jours qui précédèrent.

A six heures du matin, assisté de M. A. Belin, j'opérai par le procédé que j'avais déjà mis une fois en usage, et qui m'avait si bien réussi, procédé que j'avais vu employer pour la première fois par M. P. Dubois. C'est celui de Kluge.

Le col de l'utérus présentait les modifications qu'il doit avoir à ce terme de huit mois chez une femme qui a déjà eu des enfants. L'orifice externe était légèrement entr'ouvert, mais la partie sus-vaginale du col avait conservé toute sa hauteur, 3 centimètres environ. Toute la première phalange de l'index pénétrait dans le col et en mesurait la hauteur; mais elle ne pouvait franchir l'orifice interne.

La petite éponge préparée, enduite d'extrait de belladone et de cérat, fut introduite dans le col utérin, à travers le speculum. Une seconde petite éponge mollette fut poussée sur elle pour la maintenir, et le speculum fut retiré; un bandage en T et quelques compresses achevèrent de consolider le tout.

Cette petite manœuvre avait été tout à fait exempte de douleur. Vers neuf heures, madame M... crut sentir quelques contractions sourdes. A dix heures, elle prit un grand bain d'une heure et demie, dans lequel elle prit un déjeuner copieux. La journée se passa sans douleurs, et madame M... put se promener tranquillement dans son jardin. Un gramme de seigle ergoté, administré en trois doses, avait été sans effet.

A quatre heures du soir, je retirai les éponges. Le col était ramolli et avait subi un commencement de dilatation; sa hauteur avait aussi diminué. Je perforai les membranes avec une sonde d'homme en caoutchouc; une petite quantité de liquide s'écoula.

A six heures du soir, les premières douleurs commencèrent à se manifester; mais elles étaient rares et à peine perçues.

A deux heures du matin, les douleurs préparantes se firent sentir avec une telle intensité, que nous dûmes les atténuer à l'aide d'inspirations de chloroforme.

A cinq heures, la dilatation fut complète; mais, malgré des douleurs extrêmement énergiques, la tête, placée en occipito-postérieure droite, restait au-dessus du détroit supérieur. Enfin, elle parvint à s'y engager un peu, puis elle resta sans avancer d'un millimètre. Une bosse sanguine considérable se forma; les contractions augmentaient d'intensité, et cependant la tête semblait invariablement fixée dans le détroit.

Jusque-là l'auscultation, pratiquée avec soin, n'avait fait concevoir aucune inquié-

on la fit accoucher avant terme, et elle possède aujourd'hui deux enfants qu'elle a allaités elle-même.

Dans un cas communiqué par M. Pinel-Grandchamp à la Société du 12e arrondissement, la mère et l'enfant vécurent.

Le fait cité par M. le docteur Cohen (de Hambourg), où il mit en usage sa méthode par injection de l'eau de goudron dans l'utérus avant la rupture des membranes, fut des plus heureux pour la mère et l'enfant, bien que ce dernier fût fort et se présentât par les pieds.

M. Villeneuve, professeur d'accouchement à Marseille, a communiqué, dans un mémoire sur l'accouchement provoqué qu'il a lu au congrès scientifique de France, quatorzième session, une

tude pour l'enfant, mais vers huit heures, les battements du cœur paraissant s'affaiblir, j'appliquai le forceps. Madame M... fut légèrement soumise aux inspirations du chloroforme, et conserva toute sa connaissance pendant toute l'opération, qui fut longue, et qui, sans cette précaution, eût été des plus douloureuses.

La tête fut saisie très-vigoureusement, très-solidement; je commençai par achever l'engagement; l'occiput se rendit tout à fait dans la concavité du sacrum; puis, par un mouvement d'élévation prononcé, j'amenai l'occiput près du périnée. Mes forces étaient à bout; M. A. Belin prit à son tour le forceps, et amena l'occiput encore plus en avant. Enfin, j'exerçai quelques tractions énergiques en élevant toujours fortement les manches de l'instrument; puis, par des tractions directes, je dégageai la tête par son diamètre occipito-frontal plein.

L'enfant était vivant. Le cordon fut coupé immédiatement; deux cuillerées de sang environ qui s'écoulèrent par cette voie, des frictions, et la percussion, le ranimèrent immédiatement. La délivrance se fit spontanément et suivit de très-près l'accouchement. Madame M... fut reportée dans son lit, dans l'état le plus satisfaisant. Les suites de couches ont été des plus naturelles, exemptes du plus petit malaise.

Dès le douzième jour, madame M... fit quelques pas, et aujourd'hui, 22 mai, elle a repris toutes ses habitudes.

L'enfant, du sexe masculin, est d'un volume tout à fait inaccoutumé, même chez un enfant à terme, et il n'a que huit mois; il pèse, nu, 8 livres.

Le diamètre occipito-mentonnier présente 13 centimètres 6 millimètres; l'occipito-frontal, 11 centimètres 3 millimètres; le bipariétal, 9 centimètres 7 millimètres; le bitemporal, 8 centimètres 7 millimètres.

Toutes ces dimensions ont été prises par M. Belin, qui a eu soin de déprimer les tissus engorgés.

Cette tête si volumineuse, excédant un peu les dimensions de celle de l'enfant à terme, est de plus fortement ossifiée; c'est à peine si la fontanelle antérieure est sensible.

L'état du col de la matrice, l'époque de la cessation des règles, celle où les mouvements actifs de l'enfaut se sont fait sentir, établissent, de manière à ne laisser aucun doute, que la grossesse n'était parvenue qu'au huitième mois; que serait-il advenu si l'on eût laissé cette grossesse parvenir à terme? Quel eût été, à cette époque, le volume d'un enfant qui, à huit mois, présentait déjà de telles dimensions, et dont le poids dépassait de 2 à 3 livres celui des enfants forts nés à neuf mois? L'enfant eût dû être inévitablement sacrifié, et la santé de la mère eût peut-être été com-

observation d'accouchement prématuré favorable à la mère et à l'enfant.

M. Richard (de Nantes) a publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, 30 septembre 1848, un cas d'accouchement prématuré artificiel heureux pour la mère et pour l'enfant.

Enfin, chaque jour de nouveaux faits viennent se joindre à ceux-ci pour confirmer l'excellence de cette méthode.

2. Indications à remplir dans l'accouchement prématuré artificiel.

Pour obtenir le résultat qu'on se propose dans l'accouchement prématuré artificiel, il ne doit être tenté qu'à une époque de la

promise; car s'il a fallu, à huit mois, exercer, à l'aide du forceps, des tractions si longues et si énergiques pour dégager cet enfant, une simple application de forceps eût été insuffisante à terme. La perforation du crâne et le forceps auraient pu seuls suffire à délivrer la mère.

Nous ajouterons, pour l'édification de ceux qui pensent que le régime des saignées et de la diète infligé à la mère peut diminuer le volume de l'enfant, *que madame M... mangeait peu, et que, depuis la moitié du sixième mois jusqu'au huitième, elle avait été à la diète, et de plus, elle avait été saignée plusieurs fois pour une pneumonie grave.*

Les circonstances qui avaient accompagné cet accouchement avaient éveillé au plus haut point l'attention des nombreuses relations de madame M... ; chacun s'empressait de venir admirer cet enfant vigoureux, développé comme d'autres le sont à trois mois.

Madame M... voulait nourrir; l'enfant fut mis au sein, mais il ne trouvait encore rien, et de l'eau sucrée lui fut donnée le premier et le second jour; le troisième, on y ajouta un peu de lait.

A une heure de l'après-midi, M. Récamier s'était extasié sur la beauté, la vigueur de cet enfant. Je le vis aussi à quatre heures et le trouvai dans l'état le plus florissant. A huit heures du soir, il était pris de convulsions, et à minuit, malgré un traitement actif et énergique mis en œuvre par MM. Récamier, J. Massé, Belin et moi, malgré l'allaitement par une nourrice qu'on se procura immédiatement, nous eûmes le regret bien vif de le voir expirer. Il est difficile de se figurer la douleur des parents.

C'est à sept mois et demi qu'il faut désormais que l'accouchement ait lieu ! s'est écrié M. Récamier. Oui ; c'est la seule indication à remplir à l'avenir, et si cet enfant, que l'application longue et difficile du forceps aurait dû faire périr, et qui ne succomba que sous un accès de force, fût né d'un plus petit volume, il n'eût point couru les mêmes dangers, soit au moment de sa naissance, soit après.

Malgré la mort de l'enfant, cette observation n'en présente pas moins un grand intérêt. Cependant il est bien regrettable que l'opération ait été faite quinze jours trop tard. Mais comment supposer de semblables dimensions à un enfant de huit mois de terme ?

Rétrécissement du détroit supérieur ; application du forceps, enfant mort ; application du forceps, enfant vivant ; accouchement prématuré artificiel, enfant vivant.

Observation IV. — Madame W..., rue Vieille-du-Temple, 108, ne présente que

grossesse, où la viabilité du fœtus est assurée, et seulement lorsque l'accouchement à terme ne pourrait s'effectuer sans opération sanglante pour le produit ou pour la mère.

Ce n'est qu'à sept mois révolus que la viabilité du fœtus est bien constante : ce sera donc à partir de cette époque que l'accouchement provoqué devra être pratiqué; mais comme à sept mois l'enfant peut n'être pas viable, et que plus il prolongera son séjour dans la cavité utérine, plus il deviendra apte à vivre de la vie extérieure, afin de lui laisser plus de chances de viabilité, on devra ne pratiquer cette opération que le plus tard possible, suivant le degré de rétrécissement.

En ce qui concerne les intérêts de la mère, la question est moins

3 pouces au plus entre l'angle sacro-vertébral et les pubis, a une première grossesse en 1847 ; elle ne peut être délivrée à terme que par une application de forceps au détroit supérieur ; l'enfant succomba dans cette opération longue et difficile.

En 1850, une opération semblable permit, après de grandes difficultés, d'extraire une fille vivante, mais qui courut les plus grands dangers, et naquit avec un enfoncement considérable des pariétaux.

Madame W... devint enceinte pour la troisième fois; les deux couches précédentes établissaient la nécessité de recourir à l'accouchement prématuré artificiel.

Le 15 juillet 1851, M. W. atteignait son huitième mois accompli. Elle avait été baignée, rafraîchie convenablement, pendant les jours qui précédèrent.

Le lundi 14, MM. Malgaigne, Baron, Désormeaux et Belin, appelés en consultation, constatèrent la nécessité de recourir à l'accouchement prématuré artificiel.

Le mardi 15, à neuf heures du matin, une petite éponge préparée fut introduite dans le col utérin, sans que madame W... ait éprouvé la plus légère sensation douloureuse. Elle passa la journée à faire préparer tout pour son accouchement, fit ses repas accoutumés, prit un bain, et n'éprouva pas le plus petit malaise. A cinq heures du soir, je retirai l'éponge; le col, épais, était cependant suffisamment entr'ouvert; je pratiquai la rupture des membranes avec la plus grande facilité et sans douleur aucune ; une petite quantité de liquide amniotique clair s'écoula. La nuit fut calme, madame W... dormit très-paisiblement, et perdit encore quelques eaux. Le mercredi 16, elle déjeuna, et deux heures après, neuf heures et demie du matin, je pratiquai le toucher. Le col était dans le même état ; aucune partie ne pouvait être sentie au détroit supérieur. Un gramme de seigle ergoté fut administré en trois doses. De légères mouches survinrent alors à onze heures ; puis, à trois heures et demie, elles avaient fait place à des douleurs préparantes très-supportables, marchant avec une régularité parfaite, et qui permettaient à madame W... de lire et de rester debout. M. Belin vit madame W... dans ce moment, moi-même je la vis peu de temps après ; rien ne faisait supposer une terminaison prochaine. A cinq heures et demie, elle accouchait spontanément d'une fille vivace, bien portante, et qui s'était présentée par l'extrémité pelvienne. Madame Decaux, sage-femme, que j'avais placée auprès de madame W... comme garde, dans la prévision d'un accouchement rapide, si fréquent en pareil cas, reçut l'enfant. Nous arrivâmes, M. Belin et moi, pour constater l'heureux résultat.

La mère s'est promptement et parfaitement rétablie. MM. Villeneuve, Malgaigne, Baron, Désormeaux l'ont visitée. Quant à l'enfant, elle est plus forte que ne l'était sa sœur au même âge, et elle jouit d'une santé parfaite.

facile à résoudre : il faut établir, en effet, avec précision, les limites dans lesquelles cette opération doit être pratiquée.

Elle ne doit pas l'être, tant que le degré de rétrécissement peut laisser espérer l'accouchement à terme, quand même cet accouchement devrait être aidé ; on ne devra pas y recourir toutes les fois, en un mot, qu'on a quelques chances d'extraire le produit vivant à terme. Enfin si le bassin était tellement rétréci, que l'enfant ne pût être extrait vivant même par cette opération, l'accouchement prématuré ne devrait plus être pratiqué; l'accoucheur n'aurait plus qu'à choisir, à terme, entre la symphyséotomie et l'opération césarienne.

En partant donc de l'époque de la viabilité, sept mois, et en comparant l'étendue du diamètre bi-pariétal de la tête à cette époque (diamètre qui se met presque toujours en rapport avec celui du bassin qui est le plus court), avec l'étendue du bassin, on arrivera à préciser le degré de rétrécissement auquel on peut commencer à pratiquer l'accouchement prématuré, 9 centimètres 1/2 au plus, et 6 centimètres 1/2 au moins. Dans son plus petit diamètre, en effet, à la fin du septième mois, le diamètre bi-pariétal a, terme moyen, d'après les recherches de madame Lachapelle, de MM. Nægelé, Stoltz, P. Dubois, de 6 centimètres 1/2 à 7 centimètres 1/2.

Il faudra donc que le diamètre du bassin soit au moins de 7 centimètres 1/2 : c'est la dernière limite au-dessous de laquelle il n'est plus permis de songer à l'accouchement prématuré.

Maintenant, moins le rétrécissement sera prononcé, plus on devra attendre pour laisser plus de chances au produit. Mais au-dessus de 8 centimètres 1/2, qui est l'autre limite extrême, on ne devra plus pratiquer cette opération, l'accouchement spontané étant possible ; à terme, le diamètre bi-pariétal n'a, en effet, à cette époque, que 8 centimètres 1/2 à 9 centimètres. Cependant, si la femme était dans l'habitude de mettre au monde des enfants très-volumineux, et si l'on avait été dans l'obligation de recourir à l'embryotomie dans des couches précédentes, on pourrait encore pratiquer l'accouchement prématuré quand le détroit supérieur présente 9 centimètres 1/4 et même 9 centimètres 1/2.

L'appréciation exacte du degré de rétrécissement du bassin, comparé aux dimensions de la tête, pouvant seule permettre de fixer l'époque à laquelle cette opération devra être pratiquée entre la première et la dernière limite, il est indispensable de connaître les dimensions de la tête de l'enfant, du moins de son diamètre bi-pariétal, depuis 7 mois jusqu'à terme.

Ces dimensions ont été fixées par M. Stoltz de la manière suivante :

De la trente-deuxième à la trente-troisième semaine (de sept mois à sept et une semaine).....	Le diamètre bipariétal offre $0^m,07$ (2 pouces 1/2).
De la trente-quatrième à la trente-cinquième semaine (de sept mois et demi à huit moins une semaine).	$0^m,08$ (3 pouces).
De la trente-sixième à la trente-huitième semaine (de huit mois à huit et une semaine).....	$0^m,085$ (3 p. 2 lig.).

Quelques praticiens ont conseillé de ne pas pratiquer cette opération chez les primipares, et d'attendre que les difficultés d'un premier accouchement aient fait sentir la nécessité d'y recourrir dans les grossesses suivantes.

M. Stoltz et M. P. Dubois ne sont pas de cet avis; ils se fondent sur ce que, lorsque le bassin n'a que de 7 centimètres 1/2 à 9 centimètres, les cas d'accouchements spontanés ne sont que l'exception rare, tandis que les accouchements difficiles, meurtriers, sont la règle.

La présence de deux jumeaux devrait faire retarder l'époque à laquelle l'opération devrait être pratiquée, parce que les enfants sont moins volumineux.

L'accouchement prématuré artificiel a été conseillé aussi dans les cas de tumeurs du détroit supérieur ou de l'excavation, quelle que soit d'ailleurs la nature de ces tumeurs. Quant aux tumeurs mobiles de l'abdomen et de l'excavation, elles ne peuvent en aucune manière nécessiter l'usage d'un pareil moyen, car au moment du travail il sera toujours possible, en s'y prenant à temps, de les repousser au-dessus du détroit supérieur, ou de les attirer au dehors des organes génitaux; il n'y aurait que dans le cas où une tumeur volumineuse de l'abdomen gênerait le développement de l'utérus, ou serait exposée à une compression fâcheuse par le développement de cet organe lui-même, qu'on devrait provoquer l'accouchement prématuré.

Enfin, dans un cas d'hydromètre, d'ascite, d'affection du cœur, aggravée par le développement de l'utérus, de pneumo et d'hydrothorax, de perte, soit interne soit externe, qui menacerait les jours de la malade, l'accouchement prématuré doit être pratiqué. M. Stoltz n'hésite pas à le professer, et fit consigner ses opinions à cet égard dans une thèse fort remarquable soutenue sous sa présidence par M. Ferniot à Strasbourg. Toutefois, M. P. Dubois admet une réserve à l'égard de l'éclampsie (voyez *Eclampsie pendant la grossesse*); suivant lui, l'éclampsie n'est pas assez rapidement modifiée par la déplétion de l'utérus, même à terme, pour qu'on

doive tenter cette déplétion avant terme. En effet, à cette époque, le col non encore modifié ne se laissera dilater qu'après un temps assez long, mais surtout la provocation de l'accouchement peut exagérer les accidents et les rendre rapidement mortels. M. P. Dubois fut dernièrement témoin d'un exemple de ce genre dans un des hôpitaux de Paris. Il proscrit donc dans ce cas l'accouchement prématuré, se fondant d'ailleurs sur ce que la nature fera les frais de l'expulsion le plus ordinairement. Cette conduite est très-sage dans les cas où l'éclampsie serait modifiée par le traitement général, dans le cas où les accès seraient éloignés, peu intenses, en un mot ne menaceraient pas immédiatement les jours de la malade; mais, à l'exemple de M. Stoltz, dans un cas où les accès répétés feraient craindre une issue rapidement funeste, je n'hésiterais pas à procéder à l'accouchement prématuré; c'est ce que je viens de faire avec un plein succès (voyez page 195); je regarde d'ailleurs le fait observé par M. P. Dubois comme un cas exceptionnel. Encore est-il bien certain qu'on n'ait pas pratiqué la dilatation forcée dans cette circonstance, au lieu de s'en tenir aux moyens innocents recommandés pour la provocation de l'accouchement? J'avoue que je le crois, ce qui expliquerait très-bien l'aggravation si subite des accidents. Dans le cas contraire, si tout est irréprochable dans la conduite du chirurgien, il faut encore, à mon sens, regarder cette aggravation comme une simple coïncidence. Enfin, dans tous les cas, on devra s'assurer que l'enfant est vivant avant de pratiquer cette opération.

3. Procédés opératoires.

Les conséquences de l'accouchement provoqué peuvent être tout autres que celles que l'on doit en attendre. Aussi, pour mettre sa responsabilité à l'abri, l'accoucheur, avant de pratiquer cette opération, devra prendre l'avis de plusieurs confrères. Puis l'opération décidée, il prépare la femme plusieurs jours à l'avance par des bains, des injections émollientes vaginales. Les professeurs Kluge, Stoltz, Nægelé ont une grande confiance dans ces moyens, qui certainement doivent disposer le col utérin à se laisser dilater plus facilement. Si la femme est pléthorique, la saignée générale sera aussi très-utile comme moyen prophylactique.

Le moment de provoquer l'accouchement étant venu, l'accoucheur n'aura plus qu'à faire le choix entre les moyens assez nombreux qui ont été proposés.

Le professeur Stoltz les a divisés en deux classes : ceux qui, en agissant d'abord sur l'état général, ont pour effet de produire, de

déterminer les contractions utérines; et ceux qui, agissant directement sur le col de l'utérus, sollicitent aussi la contractilité organique de la matrice en même temps qu'ils dilatent l'orifice de cet organe.

Parmi les premiers moyens figure le seigle ergoté; il a, comme cela est bien démontré aujourd'hui, la propriété d'accroître les contractions utérines, et aussi de les déterminer avant tout commencement de travail; mais il s'en faut qu'on doive toujours compter sur ce médicament quand il est administré seul; il s'est montré, dans ces cas, souvent fort infidèle : ainsi il échoua dans les mains de Gœtz, qui fut obligé d'en venir à la perforation des membranes; dans celles de Lovati, à la clinique de Pavie. Je l'ai vu cependant réussir dans celles de M. Dubois, mais, il est vrai, comme adjuvant de l'éponge préparée. Mais ce ne sont pas là les seules raisons qui ont fait renoncer en partie à ce moyen. Il en existe d'autres bien plus fortes à mon sens, et qu'on a trop négligé de faire valoir : ses dangers pour le produit et pour la mère dans les cas d'éclampsie. En effet, les contractions déterminées par ce médicament diffèrent essentiellement de celles qui naissent spontanément ou sous l'influence des agents mécaniques; elles sont permanentes, ne sont pas séparées par des intervalles de calme; alors la circulation utéro-placentaire pouvant être interrompue pendant un temps trop prolongé, l'enfant peut périr asphyxié; cela, malheureusement, ne s'observe que trop souvent dans la pratique ordinaire; on comprend très-bien alors que la crainte d'un résultat aussi fâcheux puisse faire reculer devant l'administration de ce moyen dans un cas où l'on se propose d'obtenir un enfant vivant sans compromettre les jours de la mère, alors que l'état du col non dilaté, non perméable à la main de l'accoucheur ou au forceps, empêchera qu'on puisse porter secours à l'enfant, si sa vie venait à être menacée. Herder est le premier qui ait suggéré l'idée de provoquer l'accouchement prématuré à l'aide de l'électro-galvanisme [1], mais ce n'est qu'en août 1844 qu'on voit le procédé couronné de succès entre les mains de Horninger et Jacobi [2].

Le procédé que je préfère de beaucoup est l'introduction de l'éponge préparée dans le col de l'utérus, et même la perforation des membranes et le tamponnement vaginal; je ne parle pas des manipulations exercées sur l'utérus à travers la paroi abdominale (d'Outrepont), ni de la titillation du col utérin. Ces moyens, outre leur infi-

[1] *Diagnost.-prakt. Beiträge zur Erweiterung der Geburtshülfe.* Leipzig, 1803.
[2] *Union médicale,* 1er juin 1854.

délité presque constante et la lenteur de leur action, pourraient avoir le grave inconvénient d'irriter les organes; je ne parle pas non plus du décollement de la partie inférieure des membranes, elle est sans effet. Quant aux injections à jet continu ou douches, je ne puis les recommander; je les ai vues suivies d'accidents très-graves par suite du passage de l'eau dans les trompes, et d'ailleurs c'est un moyen trop long pour certains cas, et souvent infidèle [1].

4. Dilatation du col par l'éponge préparée.

Dans cette méthode, dont Kluge doit être considéré comme l'auteur, on procède ainsi : La femme est placée transversalement sur le bord d'un lit, le siége sur un coussin résistant, les jambes soutenues par des aides. On vide la vessie et le rectum, et après avoir de nouveau constaté l'état du bassin, et non la présentation et la position, ce qui est complétement inutile, et ce qui serait, dans la plupart des cas, très-incertain [2], l'opérateur introduit un speculum plein; dès que le col de l'utérus répond bien au centre de cet instrument, il fait pénétrer dans l'orifice vaginal, qui, à cette époque de la grossesse, est toujours entr'ouvert, un petit cône d'éponge préparée; ce petit cône doit avoir à peu près 4 centimètres de long, et 1 centimètre 1/2 à sa base. Il doit être bien graissé, retenu à l'extérieur par un fil, et porté dans l'orifice à l'aide d'une pince à tamponnement. L'extrémité de ce fil qui pend à l'extérieur doit être reconnaissable par un signe particulier, pour le distinguer de celui qui est fixé à la seconde éponge. Cette précaution est avantageuse au moment où l'on retire les éponges; elle permet de tirer d'abord sur la dernière introduite, et ensuite sur l'autre. Par-dessus ce fil, l'opérateur pousse jusque sur le col de l'organe une éponge mollette, imbibée d'eau tiède, mais dont cette eau a cependant été exprimée, et retire le speculum petit à petit, en ayant soin de maintenir les éponges avec l'extrémité de la pince. La seconde éponge doit être assez volumineuse pour remplir tout le vagin. Un fil doit aussi être fixé à cette éponge et pendre au dehors.

Cela fait, l'opérateur maintient le tout à l'aide de compresses longuettes et d'un bandage en T. C'est ainsi que procède M. Stoltz, que j'ai vu agir M. P. Dubois. Ce moyen est le plus sûr, le plus innocent, le plus facile à exécuter; c'est celui que j'ai adopté. Quelques heures

[1] L'*Union médicale* du 14 juillet 1860 rapporte un cas de mort chez une femme de la Clinique.

[2] L'accouchement prématuré est plus favorable pour l'enfant dans une présentation du sommet, mais une autre présentation ne serait pas cependant une contre-indication.

après qu'il a été mis en usage, il détermine un commencement de travail, l'éponge préparée se gonfle en s'imbibant des liquides que sécrète le col, et de l'eau contenue dans la seconde éponge; elle dilate le col graduellement, l'irrite, et, par sympathie, celui-ci réagit sur les fibres du fond de l'organe, et sollicite ses contractions.

Lorsqu'on a jugé, par le temps qui s'est écoulé, par l'intensité des douleurs, que la dilatation est assez avancée pour permettre la rupture de l'œuf, on donne issue au liquide amniotique en perforant les membranes à l'aide d'une plume taillée comme pour écrire, ou d'une sonde d'homme en gomme élastique garnie de son mandrin. Dans le cas où les membranes seraient trop résistantes, on remplacerait le mandrin par une tige de baleine taillée à son extrémité comme une plume à écrire. Un véritable travail se déclare alors.

Quelquefois, cependant, il faut plusieurs heures avant qu'aucun phénomène de travail n'apparaisse; quelquefois, aussi, on est obligé de réintroduire un cône d'éponge plus volumineux, et d'administrer le seigle ergoté à la dose d'un gramme, en deux ou trois doses à une demi-heure de distance.

5. Perforation des membranes sans dilatation préalable.

La perforation des membranes, si elle est opérée au centre de l'orifice à l'aide d'une sonde courbe, à dard, peut exposer l'utérus et le produit à être blessés; aussi ce moyen doit-il être rejeté comme inutile et dangereux, et remplacé par la plume à écrire ou une baleine taillée de la même manière et conduite dans une sonde courbe. Maintenant, que l'opération soit, ou non, pratiquée par une main habile et à l'aide d'un instrument inoffensif, elle a l'inconvénient de faire évacuer la presque totalité du liquide amniotique avant que le col se soit dilaté et d'exposer l'enfant, pendant toute la durée de l'accouchement, à la compression immédiate de l'utérus, circonstance qui pourra quelquefois lui être nuisible. Cependant bien des faits soumis à mon observation m'ont induit à penser qu'on avait singulièrement exagéré les dangers de cette compression.

Procédé de M. Meissner. — Pour obvier à cet inconvénient, M. Meissner, de Leipzig, a modifié ce procédé : il perfore l'œuf à son sommet à l'aide d'un instrument composé d'une canule en argent longue de 32 centimètres, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur et recourbée à la partie inférieure ; du côté convexe de cette canule se trouve un anneau qui sert à la maintenir, et à reconnaître de quel côté la concavité de l'instrument se trouve dirigée. A cette canule sont adaptés deux mandrins, dont l'un est terminé par une olive, l'autre par un trois-quarts.

M. Meissner rapporte quatorze observations de ruptures des membranes exécutées par son procédé, et qui eurent un plein succès[1].

J'avoue que je ne comprends pas la nécessité, quand on possède un procédé facile, sûr et d'une innocuité parfaite, comme la dilatation du col par l'éponge, de recourir à un moyen qui doit certainement être très-efficace, mais qui ne me paraît pas exempt de danger dans son application, qui est d'une exécution difficile, et dont l'accomplissement, par suite de la trop grande adhérence des membranes, sera quelquefois impraticable.

La rupture centrale, comme je l'ai toujours pratiquée dans ces cas, ne m'a jamais paru mériter aucun des reproches qu'on lui fait quand elle a été précédée de l'introduction de l'éponge préparée ; ces deux moyens combinés donneront les meilleurs résultats possibles. J'engage les praticiens à les adopter. C'est ainsi que j'ai toujours pratiqué l'accouchement prématuré.

Au reste, quel que soit le procédé qu'on ait employé, le travail qui se déclare ne nécessite pas d'autres précautions que n'en exige l'accouchement à terme ; mais pour l'enfant, on doit avoir la plus grande attention à ce qu'il ne soit pas refroidi en recevant le jour ; on l'enveloppe dans du coton, on l'expose à une chaleur douce, celle de sa nourrice surtout, qui lui fera subir au sein une espèce d'incubation complémentaire, etc. (Voyez, plus loin, *Faiblesse congéniale.*)

Le bassin a moins de 7 centimètres 1/2.

Au-dessous de cette mesure l'accouchement spontané est physiquement impossible à terme ; et l'accoucheur n'a plus même la ressource de l'accouchement prématuré pour extraire le fœtus vivant. La grossesse parvenue à terme, il n'a plus à choisir qu'entre des extrémités également fâcheuses : diminuer le volume de l'enfant, agrandir la voie qu'il ne peut parcourir, ou bien lui frayer une voie nouvelle.

Pendant la grossesse, une dernière ressource, une ressource extrême, reste encore à l'accoucheur : l'accouchement avant le terme de la viabilité. Et ne serait-il pas plus humain de sacrifier un embryon dont l'existence est si incertaine, pour épargner à la mère les chances, si dangereuses, de la symphyséotomie et celles, presque

[1] On lit dans le *Medical Times* que M. John Evelin Brook administre des lavements de térébenthine, tant pour provoquer l'accouchement prématuré, dans un but médical, que pour exciter les contractions utérines dans l'accouchement à terme. Ce traitement a, selon lui, sur l'emploi du seigle ergoté, l'avantage de ne pas provoquer de vomissements et d'agir avec plus de certitude et de célérité. Le lavement de térébenthine dont se sert l'auteur est composé de 90 grammes de térébenthine avec parties égales d'un liquide mucilagineux.

toujours fatales, de l'opération césarienne. Et ce serait certainement à ce parti qu'il faudrait s'arrêter, si à terme on avait l'intention de recourir à la perforation du crâne, et à la céphalotripsie, puisque dans ce cas l'enfant doit être sacrifié.

C'est l'abus, l'extension criminelle d'une pareille méthode qui est à craindre et qui constitue un crime, mais non son usage, restreint à des cas semblables. Cette opération devrait d'ailleurs être environnée de toutes les précautions capables de rassurer la morale publique; elle ne devrait jamais être entreprise qu'après une consultation préalable, rédigée et signée au moins par trois docteurs en médecine [1].

Enfin, dans la limite extrême où l'accoucheur n'aurait d'autre recours, à terme, que dans l'opération césarienne, je regarderais comme un devoir, dans les grandes villes, là où l'opération césarienne est toujours mortelle, de déterminer l'expulsion du produit avant le terme de la viabilité. Cette pratique adoptée par le plus grand nombre des accoucheurs étrangers, a été le sujet d'une longue discussion à l'Académie de médecine de Paris.

Lenoir, par une de ces courageuses initiatives que l'Académie ne saurait trop accueillir, a soumis à la compagnie cette question des plus importantes : *Doit-on, dans les rétrécissements extrêmes du bassin, qui ne laisseraient, à terme, de recours que dans l'opération césarienne, pratiquer l'accouchement avant le terme de la viabilité pendant la grossesse?*

M. Cazeaux, dans un remarquable rapport, a établi, d'une manière incontestable, combien l'accouchement provoqué avant le terme de la viabilité devait être préféré à l'opération césarienne.

M. Velpeau a fait valoir des arguments sans réplique en faveur de cette méthode.

M. P. Dubois n'accepte cette pratique d'une manière générale que dans les cas de vomissements incoercibles, et admet de grandes réserves dans les cas de vices de conformation du bassin. M. Danyau a suivi l'exemple du professeur de la Clinique de Paris.

Les faits qui se rapportent à la question de l'expulsion du produit provoquée avant le terme de la viabilité dans le but de soustraire la femme à la mort presque certaine qu'elle trouve dans l'opération césarienne, sont loin de manquer, et la question peut et doit être

[1] Cet article n'est que la reproduction exacte de celui qu'on peut lire dans la première édition de ce livre. Ces conseils, déjà donnés par les accoucheurs anglais depuis longues années, furent d'abord consacrés en Allemagne par l'autorité du nom de M. Nægelé; en France, par MM. Stoltz et Velpeau (*Traité d'accouchements*, t. I, p. 404, 2e édition).

nettement tranchée, et c'est dans ce sens que j'ai présenté quelques réflexions à l'Académie en opposition à celles présentées par MM. P. Dubois et Danyau.

En effet, M. P. Dubois avait dit à l'Académie qu'il avait pratiqué l'avortement; qu'il avait consacré cette pratique par ses publications, par son enseignement; que l'opération césarienne ne réussissait jamais à Paris. Et, cependant, que lit-on dans sa lettre à l'*Union médicale?* Cette phrase : *On ne peut pas dire que ce soit un devoir de préférer l'avortement à l'opération césarienne.*

Ainsi, à Paris, voilà deux opérations en présence : une opération qui tue toujours, l'autre qui n'a encore fait périr aucune femme; et ce ne serait pas un devoir de préférer la seconde, celle qui ne tue jamais! M. P. Dubois accepte depuis peu l'opération dans les cas de vomissements incoercibles, là où il est si difficile, pour ne pas dire impossible, de fixer le moment où l'on devra agir, là où l'on devra agir, là où l'on doit avoir si peu d'espoir de sauver la mère, et il la rejette dans les cas de vices de conformation prononcés, où il est si facile de déterminer exactement le moment opportun où l'opération devra être pratiquée et où cette opération est en général d'une innocuité parfaite pour la mère.

Quant à M. Danyau, après avoir établi aussi que l'opération césarienne est toujours mortelle à Paris, il a dit : « Ne puis-je pas me trouver un jour, *à Paris même*, en présence d'un cas *évidemment* favorable, et dont il me sera peut-être permis d'*améliorer encore les conditions*, à l'époque de l'opération ; et pourquoi me serait-il interdit d'espérer que la femme sera de cet heureux quart qui survit ? »

J'avoue que je ne comprends pas quelles peuvent être ces conditions *si évidemment favorables*. Pour moi, j'ai la conviction intime que ces conditions, à Paris, seront toujours les mêmes; je comprends tout aussi difficilement comment on pourra les améliorer, car je crois que M. Dubois n'avait rien négligé pour assurer le sort des huit ou dix femmes qui ont trouvé la mort dans ses mains, sous le couteau césarien; et je suis certain, qu'à moins d'un miracle, quelques précautions qu'on prenne, le résultat de cette opération, à Paris, sera toujours funeste.

Tout au moins M. Danyau, pour légitimer sa restriction, aurait-il dû signaler ces conditions *évidemment* favorables, et parler de celles qu'il pourrait aussi créer pour l'opérée; mais il n'en a rien fait, et pour cause.

Nos honorables collègues pourront objecter, il est vrai : si pour Paris vous avez raison, en est-il de même de la province, où l'on peut sauver une femme sur cinq?

Oui, nous savons que ce chiffre est exact pour certaines localités; que, dans certaines contrées privilégiées, on a même sauvé une femme sur trois ; qu'il est même quelques-unes de ces femmes qui ont été opérées deux et trois fois; notre collègue et ami M. Deligneroles a présenté à l'Académie une femme qui avait subi deux fois cette opération. Que, dans ces pays, on se montre encore partisan de l'opération césarienne, qu'on la pratique, cela se conçoit; mais que dans les grandes villes, à Paris surtout, on ne renonce pas à cette opération, cela ne peut se comprendre. Et je dis qu'en réunissant les statistiques de tous les pays, et c'est à ce point de vue que se sont placés nos adversaires, on arrive à un chiffre de mortalité bien plus considérable.

Mais j'avoue qu'en supposant que ce chiffre de quatre sur cinq soit exact, je me prononcerais encore pour l'accouchement avant le terme de la viabilité; car je préférerai toujours une opération qui, faite en temps convenable, ne compromet presque jamais la vie de la femme, à une opération qui la compromet sûrement quatre fois sur cinq; et cette opinion est d'autant plus fondée, que la statistique invoquée par nos honorables adversaires est fausse de tous points.

En effet, sur quels éléments s'appuie-t-elle? Sur les recueils périodiques, sur les monographies. Eh bien, j'ai le regret de le dire, mais il est bien rare que les cas malheureux soient signalés. Bien peu d'hommes ont le courage de livrer leurs insuccès à la publicité, pour l'enseignement des autres. Voilà pourquoi on lit quelquefois dans les journaux de médecine, en titre d'un article : *Opération césarienne ; succès pour la mère et pour l'enfant.*

Et pourquoi on ne lit presque jamais : *Opération césarienne; mort de la mère.*

Et cependant, on accordera que ce dernier résultat étant bien plus fréquent que l'autre, il devrait être signalé plus fréquemment.

Comment veut-on, avec des documents semblables, arriver à une statistique tant soit peu exacte? Cela est impossible, et c'est cependant sur des documents de ce genre qu'est fondée en grande partie l'argumentation de nos honorables adversaires.

D'après les recherches auxquelles je me suis livré, je serais bien plutôt tenté d'admettre neuf femmes mortes sur dix que quatre sur cinq, et même je suis convaincu que je suis encore loin de la vérité, et que si l'on pouvait parvenir à établir une statistique exacte, elle serait à faire reculer les plus intrépides partisans de l'opération césarienne. Mais supposons le chiffre de M. Danyau exact, il suffirait grandement encore à faire rejeter cette proposition qu'il a émise devant l'Académie :

Je ne renonce pas à pratiquer l'opération césarienne, à Paris, dans des circonstances qui me sembleraient favorables.

C'est-à-dire je ne renonce pas à sacrifier quatre fois sur cinq la mère, qui a une famille, des intérêts, des affections, à un enfant dont l'existence est si mal assurée, qui peut même périr en naissant.

M. Velpeau a fait valoir en faveur de l'avortement un argument sans réplique : « Comparez, a-t-il dit, le deuil d'une famille après une fausse couche, et celui qui suit la mort d'une jeune femme, et osez après cela vous prononcer, dans ces cas, pour l'opération césarienne. »

Pour légitimer l'opération césarienne, on a encore dit que les femmes qui ne pouvaient être délivrées que par cette opération ou l'avortement étaient difformes, affreuses à voir, et qu'il était regrettable de sacrifier un enfant à des êtres aussi repoussants.

Il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Et cette petite femme Cornu, de la barrière d'Ivry, sur laquelle on se préparait à pratiquer l'opération césarienne, et que j'ai pu délivrer heureusement par la céphalotripsie, et que j'opérerais certainement avant terme si elle devenait enceinte une seconde fois, a une très-jolie figure. Ensuite, comme l'a très-bien fait observer M. Cazeaux, ce n'est pas seulement chez les femmes rachitiques que l'avortement est nécessaire, des femmes grandes et bien faites peuvent être dans le cas de ne trouver leur salut que dans cette opération, la section césarienne étant nécessaire à terme, par exemple dans les cas d'exostoses, qui obstruent l'excavation pelvienne, et qui ne sont révélés par aucun signe extérieur.

Je viens de faire constater par M. Ricord des tumeurs de ce genre chez une de mes clientes, grande et belle, chez laquelle on était bien loin de soupçonner un semblable accident. Cette dame fit heureusement plusieurs fausses couches, et c'est au moment où la dernière s'effectua que je fus à même de reconnaître la maladie.

Il est bien certain que, si cette dame devenait enceinte, je ne conseillerais pas de la laisser aller jusqu'au terme, où l'opération césarienne pourrait seule la délivrer, et que je proposerais l'expulsion du produit avant le terme de la viabilité (1852). Notre désir ne put être réalisé, cette dame redevint enceinte, mais elle ne revint de voyage, que lorsque le moment d'opérer avec fruit fut passé ; force nous fut d'attendre le terme. Une péritonite survint vers le huitième mois, et je pratiquai l'opération césarienne pour sauver au moins l'enfant ; mais le mari n'ayant pas voulu permettre cette opération avant que le dernier soupir fût rendu, l'enfant avait succombé.

ARTICLE VIII

DES VICES DE CONFORMATION DES PARTIES MOLLES PENDANT LA GROSSESSE.

Des vices de conformation des parties génitales, congéniales ou accidentelles, qui n'ont pas été de nature à empêcher la conception, peuvent cependant inspirer des craintes pour le moment de l'accouchement et nécessiter quelques soins pendant la grossesse. Tels sont *l'union des grandes et des petites lèvres, la persistance de l'hymen.* Comme on le pense bien, cette adhérence des grandes et des petites lèvres ne peut avoir lieu que dans une certaine étendue de la vulve, car si elle avait été complète, la conception n'aurait pu s'effectuer. Le plus souvent, ce ne sera qu'au moment de l'accouchement que l'on sera appelé à opérer cette séparation, quand même l'accident serait signalé pendant la grossesse ; encore la nature suffit-elle, dans la plupart des cas, à détruire cet obstacle au moment de l'expulsion de l'enfant.

Il en est de même de la persistance de l'hymen.

Étroitesse et rigidité du vagin. — Le vagin peut être coupé transversalement par des brides, des diaphragmes percés d'un pertuis, ou longitudinalement par une cloison, s'étendant de la vulve à l'utérus, et pénétrant quelquefois dans l'intérieur de la cavité de l'organe. La nature se suffit encore à elle-même dans la plupart de ces

1. Chambre antérieure.
2. Chambre postérieure.
3. Diaphragme.
4. Utérus.
5. Sonde traversant le diaphragme.

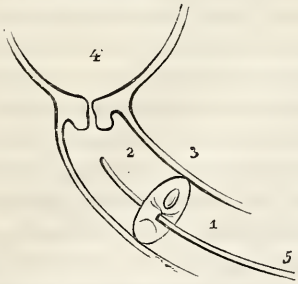


Fig. 98. — *Supposée en coupe.*

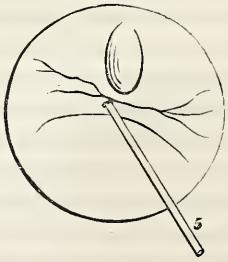


Fig. 99. — *Avant l'accouchement vue au speculum.*

cas. J'ai été témoin à la Clinique d'un fait de cette nature assez remarquable. Une jeune fille de seize ans se présenta un peu avant terme ; la sage-femme en chef, madame Callé, en la touchant, sentit son doigt arrêté au milieu du vagin par une membrane résistante et sur laquelle le doigt ne sentait aucune ouverture.

M. P. Dubois l'examina au speculum, et me pria de dessiner cette anomalie pour ses leçons : c'est ce dessin que je reproduis ici. On remarquait au centre du diaphragme un petit pertuis dans lequel une sonde ordinaire pouvait seulement être admise. Cette sonde pénétrait dans une chambre postérieure, libre.

Malgré les difficultés qu'une semblable anomalie pouvait faire craindre au moment de l'accouchement, M. P. Dubois, se confiant aux ressources de la nature, et jugeant d'ailleurs qu'il serait toujours temps d'agir au moment du travail, ne fit aucune opération.

L'événement justifia ses prévisions; un matin, on vint lui annoncer que la femme était accouchée seule, presque sans douleurs.

Quinze jours après l'accouchement, le doigt pénétrait facilement dans le pertuis, et arrivait jusque dans la chambre postérieure, mais il était serré encore de toute part par le diaphragme. Au moment de l'accouchement, le diaphragme ne s'était pas déchiré, seulement son pertuis s'était distendu pour permettre l'issue du produit, mais il était revenu sur lui-même comme le col utérin après l'accouchement.

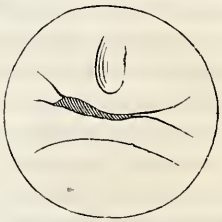


Fig. 100. — *Après l'accouchement, vue au speculum.*

Examiné au speculum, ce diaphragme présentait cette disposition.

Cependant, dans un cas de rétrécissement extrême de la totalité du vagin, ne serait-il pas prudent de favoriser la dilatation de ce canal, par l'introduction d'éponges préparées, ou d'autres corps dilatants, comme le fit, dans un cas semblable, mon ami, M. Maher, chirurgien de marine à Rochefort ?

M. Moreau cite, aussi, un cas dans lequel le vagin aurait admis tout au plus une plume à écrire. Cette disposition, qui donnait beaucoup d'inquiétude, céda aux progrès de la grossesse et aux modifications que le travail fait subir aux parties molles.

ARTICLE IX

DES DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

Les déplacements de l'utérus, pendant la grossesse, peuvent s'effectuer à plusieurs époques et dans plusieurs sens différents.

Dans les premiers mois, alors que l'utérus est encore contenu dans l'excavation, il peut s'abaisser, s'incliner en avant ou en arrière : on désigne ces accidents par les noms d'*abaissement*, d'*antéversion* et de *rétroversion*.

Plus tard, quand l'utérus s'est élevé au-dessus du détroit supérieur, il peut encore s'abaisser, s'incliner en avant, à droite et à gauche, mais pas en arrière. Ces déplacements ont reçu plus particulièrement le nom d'*obliquités antérieures* et *latérales*.

§ 1. — De l'abaissement.

Comme on a pu le voir à l'article DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE, l'utérus s'abaisse à certaines époques de la gestation, et cet abaissement doit être considéré comme physiologique; mais si le bassin est très-large, si les ligaments sont très-extensibles, si le tissu de l'organe offre moins de résistance que dans l'état ordinaire, l'utérus peut s'abaisser en totalité, et le col vient alors reposer sur le plancher du bassin, quelquefois même il fait saillie à la vulve. Dans ce cas, l'art doit intervenir, afin de soutenir l'utérus, sans quoi des accidents, quelquefois très-graves, pourraient résulter de cette disposition, des douleurs vives dans les aines, la constipation, la rétention d'urine, etc.

Le meilleur moyen à employer, dans ce cas, est une éponge fine ou le ballon en caoutchouc à demi gonflé introduit dans le vagin pour soutenir l'organe ; le pessaire doit être proscrit. Je n'ai omis aucune des indications que présentent ces déplacements, à l'article BASSIN VICIÉ PAR EXCÈS D'AMPLITUDE (page 215).

§ 2. — De la rétroversion et de l'antéversion.

Ces accidents, moins fréquents que le premier, sont aussi beaucoup plus graves, si l'on n'y remédie assez à temps. (Voyez *Bassin vicié par excès d'amplitude*, page 215).

§ 3. — Des obliquités utérines.

J'ai dit, en m'occupant du diagnostic de la grossesse, que l'utérus était plus ou moins incliné en avant et à droite, rarement à gauche au-dessus du détroit supérieur : tel est l'état normal de la grossesse. Mais quand cette disposition est exagérée, elle devient, dans les derniers mois, la cause d'incommodités, de douleurs auxquelles il est bon de remédier.

Il faut de bonne heure soutenir l'abdomen à l'aide d'un bandage approprié, d'une ceinture. Si cette précaution a été négligée, quand il existe quelque disposition à l'écartement de la ligne blanche, l'utérus peut s'échapper au dehors de la cavité abdominale et faire hernie sous la peau de l'abdomen. C'est à cet accident qu'on a donné le nom d'*éventration*.

On voit que j'ai confondu les obliquités antérieures et latérales dans un même chapitre. Dans la grossesse, en effet, elles n'exigent

qu'un seul et même moyen. Quant aux obliquités postérieures, elles ne peuvent être admises. L'insertion anormale du col utérin sur la partie antérieure de l'utérus a pu seule en imposer pour une obliquité postérieure. (Voyez l'article OBLIQUITÉS DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL.)

§ 4. — Hernies de l'utérus.

Des faits authentiques de hernies de l'utérus pendant l'état de vacuité et le premier mois de la grossesse ne permettent pas de révoquer en doute la possibilité de cet accident; mais il est impossible d'admettre l'issue de l'utérus par l'anneau inguinal pendant la grossesse avancée.

Ces prétendues hernies de l'utérus qu'il a suffi de soutenir au moment du travail, pour les réduire, ne résultaient que de l'issue de l'organe plus ou moins développé à travers l'écartement de la ligne blanche (*éventration*).

La seule indication à remplir, pendant la grossesse, est de réduire l'organe et de le maintenir à l'aide d'un bandage.

§ 5. — Hernie vagino-labiale.

Cet accident très-rare peut se manifester pendant la grossesse et être confondu avec un thrombus. On distingue ce genre de hernie du thrombus aux caractères suivants : la tumeur est indolore, elle cède à une légère pression, s'affaisse pour reprendre son volume primitif; elle grossit sous l'influence de la toux.

L'intestin, pour pénétrer dans la grande lèvre, peut se faire jour par l'anneau inguinal ou l'arcade crurale. M. Stoltz a rapporté [1] un fait où l'intestin s'était frayé un chemin à travers le muscle releveur de l'anus, après avoir glissé le long du vagin et de l'ischion.

Ces hernies devront être contenues par un bandage approprié, le ventre sera tenu libre, les efforts seront évités. Enfin, pour l'espèce observée par M. Stoltz, un pessaire en caoutchouc vulcanisé à air, de M. le docteur Gariel, sera souvent d'un usage indispensable.

ARTICLE X

DE LA TUMÉFACTION ET DE L'ENDOLORISSEMENT DES SEINS.

Dans les premiers temps de la grossesse, la réaction qui se manifeste vers les seins peut être assez considérable pour produire souvent un sentiment de tension très-douloureux. Il suffit, pour modérer cet état, d'appliquer sur les seins des cataplasmes émollients, de tenir le ventre libre au moyen de lavements ou de doux laxatifs (huile de ricin, 15 grammes). Cet état, du reste, n'est que

[1] *Gazette de Strasbourg*, janvier 1845.

temporaire; il disparaît à mesure que la grossesse avance. Je donne, dans ce moment, des soins à une jeune femme qui m'a présenté tous ces phénomènes. On a vu quelquefois cet endolorissement ne se manifester aussi qu'à une époque avancée.

ARTICLE XI

TENSION DES PAROIS DE L'ABDOMEN ET SPÉCIALEMENT DE LA PEAU.

A mesure que l'utérus se développe, les parois abdominales, la peau surtout, sont obligées de s'étendre pour permettre l'ampliation de l'organe; souvent même elles cèdent sous cet effort et se couvrent de vergetures. La peau des cuisses est aussi obligée de contribuer au développement de l'abdomen.

Quand ces parties offrent une trop grande résistance, elles se trouvent distendues outre mesure. La femme en éprouve une douleur assez vive, de fortes démangeaisons, et de plus l'utérus, gêné dans son évolution, se contracte quelquefois avant le temps, et peut expulser le produit.

On remédie à cet excès de tonicité des parois abdominales par des embrocations avec l'huile d'amandes douces, des cataplasmes, de grands bains, et l'on combat les conséquences de cette réaction des parois du ventre sur l'utérus, à l'aide des lavements laudanisés, de petites saignées, etc. (Voyez *Avortement*.)

ARTICLE XII

DES DÉMANGEAISONS.

Enfin, pour n'omettre aucune des incommodités auxquelles la femme enceinte peut être exposée, je vais parler de ces démangeaisons excessivement vives des parties génitales, et qui surviennent dans les premiers mois de la grossesse. Je les ai vues être souvent si insupportables, que les femmes qui en étaient affectées ne pouvaient ni dormir, ni marcher, ni prendre de nourriture ; elles étaient dans un état d'excitation continuelle, et ne pouvaient résister au besoin de se gratter.

Les bains généraux, les lotions émollientes, mais surtout les bains de Baréges, les lotions fréquentes avec le même liquide froid, l'eau végéto-minérale, une solution de borax, 1 gramme pour 30 grammes d'eau, ou de nitrate d'argent, 1 gramme pour 500 grammes d'eau, suffisent pour modérer cet état. Cependant ces démangeaisons sont

quelquefois très-rebelles : chez une pauvre dame à laquelle j'ai donné plusieurs fois des soins, après que la saignée générale et tous les autres moyens furent employés, elles ne cédèrent qu'à une application de sangsues à la vulve.

C'est un moyen que j'avais entendu conseiller par Désormeaux. J'avoue que, dans ce cas, je ne me suis pas fait scrupule d'en faire usage, tant il importait de soulager à tout prix la malade. En effet, les douleurs étaient si insupportables que je craignais à chaque instant qu'elle ne fût prise de convulsions.

La grossesse n'en arriva pas moins à terme : la femme accoucha d'un enfant mort, mais qu'une circonstance tout étrangère aux sangsues avait privé de la vie, l'interruption de la circulation dans le cordon par un caillot formé autour de la veine ombilicale. Enfin les souffrances avaient été telles pendant la grossesse qu'elle fut prise d'une métro-péritonite après l'accouchement, à laquelle elle eut cependant le bonheur de ne pas succomber.

M. le docteur Maslieurat-Lagémard a présenté à l'Académie de médecine un cas dans lequel ces démangeaisons s'étaient reproduites dans huit grossesses successives, et avec une telle intensité, que des accouchements prématurés en avaient été la conséquence. Ces démangeaisons avaient résisté aux bains simples et alcalins, aux frictions ammoniacales camphrées sur la colonne vertébrale, aux préparations d'opium, de bismuth, de valériane, de jusquiame, de belladone ; *l'eau sulfureuse et la solution de nitrate d'argent, les sangsues à la vulve ne furent pas employées;* l'eau froide sembla calmer un peu les souffrances de la patiente. Cependant elle n'en accoucha pas moins prématurément : sur huit couches un seul enfant a pu survivre. M. le docteur Maslieurat a eu la pensée, si une neuvième grossesse survient, d'appliquer des vésicatoires ; c'est un moyen à expérimenter et à joindre à ceux qui n'ont pas été mis en œuvre. M. Demarquay recommande la glycérine et le tanin, comme infaillibles. 100 de glycérine, 20 de tanin en applications.

ARTICLE XIII

DE L'AVORTEMENT ET DE L'HÉMORRHAGIE PENDANT LA GROSSESSE.

L'hémorrhagie pendant la grossesse est un phénomène qui précède, accompagne ou suit presque toujours l'avortement. Ces deux accidents ont, dans leurs causes, leur marche, leur diagnostic, et surtout leur traitement, des rapports si intimes, qu'il est presque impossible de les séparer sans s'exposer à des redites nombreuses : aussi

j'ai regardé comme indispensable de les confondre dans un seul et même article, et de ne considérer l'hémorrhagie pendant la grossesse, que comme un des symptômes de l'avortement.

L'avortement peut être défini : L'expulsion du produit de la conception, avant le terme de la viabilité légale, qui a été fixé à six mois.

On le divise généralement en avortement ovulaire, quand il a lieu avant la fin du premier mois; en avortement embryonnaire, quand il survient avant la fin du troisième; enfin en avortement fœtal, quand il a lieu du troisième au sixième mois.

Cet accident, que les gens du monde et quelques médecins considèrent comme peu grave, exige cependant, en général, tout autant de soins, si ce n'est plus, qu'une couche à terme, à cause des conséquences fâcheuses qu'il peut avoir sur l'économie, bien que la petitesse du produit semble favoriser son expulsion, bien que le peu de développement de l'appareil circulatoire semble n'exposer la femme qu'à des pertes légères. L'avortement est beaucoup plus fréquent dans les deux premiers mois qu'à une époque plus avancée de la grossesse; si l'on a pu émettre une opinion contraire, c'est qu'il faut une grande attention pour constater cet accident dans les deux premiers mois, le produit se trouvant, dans la plupart des cas, perdu au milieu des linges, dont la femme a eu soin de se garnir, au milieu des caillots ou dans les garde-robes. Alors l'avortement s'effectue sans que la femme en ait la conscience, et la perte qui l'accompagne est prise pour un retour de règles abondant; d'autres fois, si le malaise qu'elle éprouve est léger, alors même que l'avortement est évident, elle ne prend que peu de soins d'elle-même, sans que pour cela on ait de bien grands accidents à déplorer, et la fausse couche passe encore inaperçue; ce n'est, trop souvent, que dans le cas où les accidents qui accompagnent l'avortement sont assez graves pour réclamer des soins urgents que l'accoucheur est appelé, et qu'il peut prendre connaissance du fait; encore reste-t-il souvent dans l'incertitude de savoir si l'accident a eu lieu ou s'il aura lieu. On conçoit, dès lors, la difficulté que l'on rencontre à dresser une statistique exacte en ville, sur les fausses couches peu avancées, et comment celle des hôpitaux doit induire en erreur.

On pense généralement que les fœtus abortifs mâles sont plus nombreux que ceux du sexe féminin ; mais cela tient, je crois, à ce que, dans les premiers mois, le clitoris, par son développement, peut être pris pour le pénis. Cependant les relevés de l'état civil, qui donnent seize naissances de garçons pour quinze de filles, viendraient confirmer cette première opinion.

Causes de l'avortement.

La mort de l'enfant précède ou suit l'expulsion du produit; ces deux faits sont intimement liés. Ainsi, lorsqu'une cause quelconque aura déterminé la destruction du produit, suivant les lois établies par la nature, il doit être expulsé ; de même, l'influence des mêmes agents, ou toute autre cause, met-elle les contractions utérines en jeu? Le fœtus est expulsé, et il cesse de vivre parce qu'il n'a pas atteint son entier développement.

On est donc tout naturellement conduit à admettre comme causes de l'avortement toutes celles qui peuvent faire contracter l'organe avant le terme de la viabilité, et toutes celles qui peuvent faire périr le produit.

A. *Causes prédisposantes.*

Les causes prédisposantes de l'avortement sont nombreuses, et diffèrent par leur origine aussi bien que par leur mode d'action.

Pour en faciliter l'étude, je les rangerai en deux classes :

La première contiendra les causes d'avortement qui résident dans la santé du père ;

La seconde, celles qui dépendent de la mère.

1. Causes d'avortement qui résident dans la santé du père.

Cette source d'avortement est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'enseigne aujourd'hui. Elle n'avait pas échappé à la sagacité du célèbre Stoll, et elle se trouve nettement exposée dans deux thèses, résumé de ses leçons cliniques : « Familiarius nihil est audire ma-« ritos conqueri, aut de sterilitate uxorum suarum, aut de harum « impotentia ad tempus limitatum gerendi fœtum, et ideo querelis « perpetuis medicorum aures fatigant, ut sponsis suis medicinam « faciant; sed illos jure merito derideat medicus, ne sint imme-« mores dissolutæ Baccho, Venere forte exhaustæ vitæ, hic potius « abortuum causæ sint [1]. »

Dans la seconde dissertation [2], aux influences précédentes sont ajoutées la syphilis et toutes les affections qui portent une atteinte profonde et durable à l'organisme. La même réflexion doit s'appliquer à l'épuisement momentané des forces, qui accompagne la convalescence de toutes les maladies.

Cette influence de la santé du père sur l'avortement a été traitée

[1] Felicis Fortunati Passerini, *Dissertatio de abortu*, 1781.

[2] Théod. Szkrochowski, *De hemorrhagiis*.

avec la même supériorité par Lugol et Ricord. Pour ces auteurs, la scrofule héréditaire, la syphilis constitutionnelle, l'abus des plaisirs vénériens, les mariages trop précoces, l'âge trop avancé des parents, sont autant de causes de scrofule, et par suite d'avortement. A leurs yeux, la dégradation de la puissance génératrice de l'homme a une telle importance qu'ils affirment avoir vu des femmes scrofuleuses fécondées sainement par un homme sain, tandis qu'ils n'ont pas observé qu'une femme saine ait des enfants sains d'un homme qui ne l'est point. J'ai cité moi-même, dans ma précédente édition, un fait des plus concluants emprunté à M. Guillemot : une jeune femme dont le mari était très-caduc avorta plusieurs fois; mais devenue veuve et remariée, elle accoucha à terme.

2. Des causes de l'avortement qui dépendent de la mère.

Certains tempéraments opposés, mais qui ont de grands rapports par leur effets, prédisposent les femmes à l'hémorrhagie, et par suite à l'avortement. Tels sont le tempérament pléthorique et le tempérament nerveux. Le premier détermine, dans les premiers mois, la persistance d'un flux menstruel abondant, qui se renouvelle à chaque époque ; le deuxième détermine vers l'organe une congestion locale et un molimen hémorrhagique qui donne lieu aussi aux mêmes phénomènes. Dans l'une et l'autre de ces deux circonstances, ces accidents, qu'il y ait ou non persistance des règles, peuvent être fatals au produit, en détruisant les connexions vasculaires qui l'unissent à sa mère.

Toutes les causes prédisposantes des hémorrhagies, c'est-à-dire celles qui sont de nature à déterminer l'afflux du sang vers l'utérus, seront donc aussi causes d'avortement : telles sont l'inflammation de l'utérus ou des organes qui l'avoisinent; leurs altérations organiques, une hémorrhagie survenue dans les grossesses antérieures, et qui tend à se renouveler à chaque grossesse.

La vie sédentaire, oisive, désœuvrée, les habitudes du luxe, enfin les travaux pénibles, sont autant de prédispositions à l'hémorrhagie et à l'avortement.

Les affections qui ont porté atteinte à la puissance génératrice du père s'observent aussi chez la mère, et peuvent empêcher la grossesse d'atteindre son terme. Quand l'hérédité a sa source dans la santé des deux parents ascendants à la fois, l'avortement devient un effet presque inévitable ; la grossesse n'est plus qu'une cruelle déception.

L'intoxication saturnine. M. Constantin Paul, interne distingué des hôpitaux, rapporte le fait d'une femme qui après trois couches

heureuses fit plusieurs avortements après s'être exposée à l'influence des émanations saturnines [1].

J'insisterai sur ces causes constitutionnelles, parce que seules elles donnent la raison du nombre et de la facilité des avortements chez certaines femmes; parce que c'est dans le traitement de ces causes que se trouve la véritable prophylaxie. Les faits les plus simples, les plus ordinaires de la vie domestique, auxquels on a attribué trop facilement l'interruption de la grossesse, n'en sont bien souvent que la cause occasionnelle. Lugol avait raison de dire, que si un faux pas, une marche forcée, une frayeur, l'action de lever les bras en haut, etc., étaient les causes prochaines, essentielles de l'avortement, presque toutes les femmes accoucheraient avant terme; car elles sont généralement exposées à quelques-unes de ces causes. Cependant il ne faudrait pas conclure de ce qui précède que je n'attache aucune importance aux causes occasionnelles; le soin avec lequel je recommanderai de les éviter, les moyens actifs que je conseillerai pour combattre leur action démontreraient au besoin le contraire.

Parmi les affections constitutionnelles communes à l'homme et à la femme, on observe plus souvent chez celle-ci l'anémie et l'état nerveux. Deux affections lui sont particulières au point de vue de l'avortement, savoir : la pléthore, l'albuminurie et ses conséquences (éclampsie, fluxion, hémorrhagie), que j'ai déjà étudiées. Je noterai encore l'ictère, dont l'influence est réelle, mais encore mal appréciée.

Les autres causes d'avortement propres à la femme sont locales, et résident soit dans l'utérus, soit dans les organes du bassin; telles sont :

La rigidité du tissu utérin,

Le rhumatisme,

La métrite,

La pléthore locale,

Les hémorrhoïdes, surtout les hémorrhoïdes actives, avec molimen, tension, douleur, constipation, etc.

Les démangeaisons.

B. *Causes qui tendent à faire contracter l'organe avant le temps.*

Toutes les irritations mécaniques, telles que les chutes, les efforts, la toux, les vomissements et les contusions, peuvent mettre en jeu la contraction utérine. Il en est de même du toucher répété, de la présence d'un pessaire, du coït, des cautérisations sur le col de l'or-

[1] *Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin 1860.

gane et des tentatives criminelles. Le rhumatisme utérin [1] est une cause très-fréquente d'avortement. La trop grande rigidité des fibres utérines, et la résistance qu'elles opposent à se laisser dilater, le défaut de tonicité du segment inférieur de l'utérus, ont encore été regardés comme causes d'avortement. En effet, les avortements sont plus fréquents chez les primipares où la fibre utérine du corps de l'utérus, moins facile à distendre, est toujours prête à réagir. De plus, cette résistance de la fibre utérine pourrait expliquer comment l'avortement tend à se reproduire chez la même femme, non pas tout à fait à la même époque, mais à un terme un peu plus avancé à chaque fausse couche, si bien que d'avortement en avortement la femme arrive à terme une dernière fois, et cela a lieu parce que la résistance de l'organe est affaiblie peu à peu par les grossesses précédentes, et la seconde se prolonge un peu plus que la première, la troisième plus que la seconde, et ainsi de suite.

Souvent, enfin, l'utérus tend à se contracter à la même époque : mais alors, c'est en vertu de l'habitude ou de la tendance que les organes ont à reproduire les mêmes actes à la même époque.

La présence de deux enfants, l'hydropisie de l'amnios, par l'excès de dilatation qu'elles font éprouver à l'utérus, le forcent souvent à réagir avant le temps.

Les adhérences, les déformations, les déplacements des annexes de l'organe, tels que les trompes, les ovaires, les ligaments larges, le séjour d'une tumeur fibreuse dans l'utérus ou au voisinage, la présence d'une tumeur dans l'abdomen, la compression exercée par un corset, enfin toutes les circonstances qui peuvent s'opposer à la libre ampliation de l'organe, peuvent encore déterminer sa réaction prématurée.

On a aussi allégué l'influence que les vices de conformation du bassin exercent sur la grossesse ; dans ce cas, l'avortement ne peut avoir lieu que lorsque l'utérus se trouve gêné dans son ampliation par le rétrécissement du bassin. C'est alors un phénomène heureux, quand le rétrécissement est assez prononcé pour ne pas permettre même l'accouchement prématuré artificiel, pendant la grossesse, car si l'avortement n'avait pas lieu spontanément, il faudrait le déterminer, ou à terme pratiquer l'opération césarienne, c'est-à-dire faire périr la femme une fois sur huit ou dix, en province, et, à

[1] Je donnais, lors de la publication de la première édition de ce livre, des soins à une dame que cette cause a déjà fait avorter plusieurs fois, avant que je fusse appelé auprès d'elle. J'ai pu, dans cette dernière grossesse, lui faire atteindre le terme de neuf mois.

Paris, presque toujours. Quant à l'influence de l'insertion du placenta, il s'en faut aussi qu'elle soit constatée.

Les sympathies dépendantes des irritations de la vessie et du rectum, dans les cas où une opération est pratiquée sur ces organes, peuvent aussi exciter la contraction utérine. Il en est de même des affections utérines, des altérations du tissu de l'organe par le fait de la maladie ou de l'âge avancé du sujet, et de son développement incomplet dans la jeunesse.

Une forte commotion électrique a pu produire aussi le même résultat. Quoiqu'on l'ait nié, il n'en demeure pas moins bien constant que les impressions morales vives peuvent aussi déterminer l'avortement. Ainsi on voit chaque jour des femmes vivement impressionnées au spectacle, ou saisies de frayeur par la vue d'un accident fâcheux, n'avoir pas souvent le temps de regagner leur domicile, et accoucher en route. Si ce fait peut avoir lieu à terme, on doit en admettre la possibilité à une époque moins avancée. De même, cette cause doit aussi pouvoir déterminer les contractions pendant la grossesse, puisqu'elle peut les ralentir pendant le travail, ce qui ne peut être révoqué en doute. Mon ami le docteur Marrotte vient d'observer un cas de cette nature, remarquable aussi à plus d'un autre titre, et que je vais détailler à l'occasion du traitement,

D'autres causes appartiennent à l'organisme tout entier : les affections aiguës et chroniques de la mère, la rougeole, la scarlatine, la fièvre pernicieuse, et surtout l'ictère et la phthisie pulmonaire, toutes les maladies aiguës, fébriles, la fièvre typhoïde, la variole, etc., etc., l'éclampsie ou les convulsions, activent singulièrement les contractions utérines, mais celles-ci (les convulsions) sont heureusement très-rares à une époque peu avancée. Enfin, l'influence de certaines conditions atmosphériques semble produire aussi de véritables épidémies d'avortement, sans qu'aucune autre cause puisse les expliquer. Cette observation a pu être souvent faite dans les grands établissements destinés à recevoir les femmes en couches. Saucerotte rapporte à cette occasion aussi que les femmes qui habitent le sommet des Vosges sont très-exposées à avorter, et que pour se mettre à l'abri de cet accident, elles descendent dans la plaine, quand elles ont conçu.

Ce fait n'avait pas échappé à Hippocrate lorsqu'il dit : « Si l'hi-« ver est austral, pluvieux et calme, et le printemps sec et boréal, « les femmes, dont le terme des couches est au printemps, font « de fausses couches à la moindre occasion [1]. »

[1] *Œuv. d'Hippoc.*, trad. par E. Littré. Paris, 1844, t. IV, p. 491. Sect. III, aph. 12.

Stoll plaçait aussi les vicissitudes de l'air parmi les causes d'avortement.

Il n'est pas superflu d'insister sur ces idées médicales, si larges et si nouvelles, pour ainsi dire oubliées; elles donnent la clef du diagnostic et du traitement de certains faits incompréhensibles sans elles. Qu'on me permette de rapporter à l'appui deux faits intéressants qui m'ont été communiqués par M. Marrotte. Le premier est relatif à une jeune dame enceinte de deux à trois mois, d'une bonne constitution et qui était déjà mère. Cette dame fut prise de tous les symptômes d'un avortement, sans cause appréciable. Deux petites saignées furent pratiquées à vingt-quatre heures de distance avec un résultat satisfaisant en apparence, c'est-à-dire que la perte s'arrêta la première fois complétement momentanément et fut notablement diminuée la seconde. On y avait joint le repos, les boissons acidulées froides et le laudanum en lavements; mais ces amendements successifs furent passagers, la perte ne cessa plus, et il devint évident que toute tentative nouvelle pour empêcher l'avortement était inutile. C'est alors que mon excellent confrère, qui avait toujours trouvé quelque chose d'insolite dans la succession des accidents, reprit leur histoire et reconnut une marche évidemment périodique. Tous les soirs, sur les quatre heures, la malade avait évidemment éprouvé et éprouvait encore une recrudescence subite et notable des accidents, avec frissons erratiques et léger mouvement fébrile. Pendant la soirée et la nuit la perte était assez forte : elle se calmait sur le matin en même temps que les autres symptômes; intermittente les huit premiers jours, elle était devenue continue et rémittente les jours suivants. Le quatrième jour, le placenta fut expulsé, et comme la malade n'éprouvait aucun symptôme inquiétant, le docteur Marrotte, désireux d'étudier avec soin ce fait insolite et de confirmer son diagnostic, fit de la médecine expectante pendant deux jours et vit l'écoulement sanguin se renouveler tous les soirs, durer toute la nuit et cesser le matin comme avant l'expulsion du produit. Le sulfate de quinine mit fin à cette périodicité et à la fluxion qu'elle entretenait.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un accouchement prématuré. Une femme qui venait d'entrer dans le neuvième mois de sa grossesse fut reçue à l'hôpital Sainte-Marguerite en 1850, éprouvant tous les signes d'un commencement de travail, le col présentait une légère dilatation, et les douleurs de reins se renouvelaient à intervalles assez rapprochés. Ces phénomènes avaient été précédés de malaises généraux pendant une huitaine de jours, et la malade offrait actuellement tous les symptômes d'un embarras gastrique bilieux des plus prononcés. Un émétique fut administré ; les phéno-

mènes généraux et locaux de l'état bilieux furent enlevés, et, chose plus importante à noter dans le cas actuel, le travail s'arrêta et la grossesse atteignit son terme habituel ; l'accouchement n'eut lieu que trois semaines après.

C. *Causes qui tendent à détruire le produit.*

La plupart des causes que j'ai énumérées dans le chapitre précédent doivent aussi figurer dans celui-ci. Ainsi, toutes les violences extérieures, en outre qu'elles peuvent déterminer des contractions prématurées, peuvent aussi détruire le produit, soit directement, soit indirectement : indirectement, en déterminant une congestion de l'organe, qui donne lieu à une hémorrhagie interne ou externe mortelle pour le produit et quelquefois pour la mère ; directement, en blessant le fœtus à travers les parois utérines.

Le toucher répété, la présence d'un pessaire, le coït, la cautérisation du col, les opérations pratiquées au voisinage de l'utérus, les tentatives criminelles, que j'ai regardées comme causes de contractions prématurées, occasionnent souvent la mort du produit, secondairement, en déterminant une hémorrhagie. Il en est de même des bains trop chauds et trop longtemps prolongés, des aliments excitants, du trouble violent des fonctions digestives. Tous les obstacles à la libre ampliation de l'utérus peuvent aussi agir directement sur le produit. Il en est de même d'une forte commotion électrique ressentie par la mère, et d'une impression morale vive. La possibilité de ce dernier fait a surtout été niée ; mais doit-on révoquer en doute un accident, dont les auteurs ont cité tant d'exemples, parce que la dissection la plus minutieuse n'a pas encore permis d'admettre des communications nerveuses entre le produit et sa mère ? Le liquide amniotique d'ailleurs ne serait-il pas un excellent conducteur de l'électricité ? Et le sang de la mère, modifié d'une certaine manière par les impressions morales, ne pourrait-il pas aussi communiquer au sang de l'enfant, par son contact médiat dans le placenta, l'effet produit par ces impressions?

J'ai deux fois pu constater le fâcheux effet des impressions morales vives, effet instantané, sur des femmes chez lesquelles les mouvements du fœtus et les battements du cœur cessèrent au moment même où la fâcheuse impression fut reçue par la mère, et qui accouchèrent quelques jours après d'enfants morts.

Les causes qui appartiennent à l'organisme entier, les affections aiguës ou chroniques, etc., qui peuvent exciter la contraction de l'organe, peuvent également tuer l'enfant. Je dois y ajouter aussi les

maladies de la peau, et surtout la syphilis dont la mère est infectée. On pense généralement que les affections du père ne sont pas dans le cas de se communiquer au produit; cependant la science possède plusieurs faits qui viennent infirmer cette assertion. M. Guillemot en cite un des plus concluants. Une jeune femme dont le mari était très-caduc avorta plusieurs fois; mais, devenue veuve et remariée, elle accoucha à terme. J'ai moi-même sous les yeux deux enfants qui portent des traces évidentes de scrofules engendrées par une affection constitutionnelle du père.

L'éclampsie a pour résultat immédiat et presque certain la mort du produit, et ainsi son expulsion.

Enfin, il existe des causes spéciales qui agissent uniquement en faisant périr le produit, et la plupart de ces circonstances nous échappent. En effet, il peut être affecté dans le sein de sa mère d'une foule de maladies, et y succomber d'autant plus facilement qu'il sera moins développé. On a vu des enfants naître avec toutes les traces d'une affection variolique, etc. Certaines maladies des membranes, de la vésicule ombilicale, qui surviennent dans les premiers temps de la vie embryonnaire, et dont la cause et la nature nous sont parfaitement inconnues, peuvent arrêter aussi le produit dans son développement. Enfin, il est d'autres causes mieux connues qui ont été très-bien décrites par MM. Cruveilhier, Jacquemier, Devilliers fils : tels sont les foyers apoplectiques du placenta de grandeur variable, foyers qui contiennent des caillots plus ou moins organisés; tels sont les abcès de cet organe, l'ossification et l'atrophie, affections qui semblent être des degrés divers d'une même maladie, et qui peuvent envahir une assez grande partie du placenta, pour rendre ces fonctions insuffisantes ou nulles. J'ai souvent rencontré sur un même placenta une multitude de ces foyers, dont les uns étaient très-récents, les autres en état de suppuration, d'autres ossifiés. J'ai eu l'occasion d'en observer un dont tout le parenchyme était passé à l'état cartilagineux. Quant à l'implantation anormale du placenta sur le col de l'utérus ou dans son voisinage, elle ne peut, en aucune manière, être considérée comme une cause d'avortement, pas même par suite de l'hémorrhagie qui en est la conséquence nécessaire. En effet, l'hémorrhagie ne peut se manifester, dans ce cas, qu'à une époque avancée de la grossesse : elle déterminera alors, non un avortement, mais un accouchement prématuré ; que le placenta soit inséré sur le col, centre pour centre, ou par l'un de ses bords, il conservera néanmoins ses rapports de connexion vasculaire avec le col utérin, jusqu'à la fin du septième mois et demi, souvent même du huitième; et comme l'orifice in-

terne ne s'entr'ouvre pas avant cette époque, ce ne sera qu'à partir de ce terme que la dilatation progressive de cet orifice détruira peu à peu les rapports circulatoires qui l'unissent au placenta, laissera les bouches de ces vaisseaux béantes, et déterminera une hémorrhagie.

Les produits mal conformés et les monstres arrivent rarement à terme.

La brièveté du cordon peut déterminer sa rupture ou le décollement du placenta (Mauriceau, Montgomery) ; il peut étreindre avec force les membres ou le cou du fœtus, nuire au développement des parties étreintes, se comprimer lui-même, et alors le produit ayant succombé doit être expulsé. M. Guillemot a eu l'occasion d'observer un fœtus parvenu à trois mois, qui présentait au cou des traces profondes déterminées par l'impression du cordon, lequel lui-même, fortement tendu, était en partie déchiré à sa racine.

Une hémorrhagie peut avoir lieu dans la gaîne du cordon, et le caillot qui en résulte peut comprimer les vaisseaux, intercepter la circulation et déterminer la mort de l'enfant. M. Deneux a publié un fait de cette nature, et je possède une portion de cordon qui présente une lésion à peu près analogue. Elle appartenait à cet enfant mort quinze jours avant l'accouchement qui eut lieu à neuf mois, dont j'ai parlé à l'article *Démangeaisons*.

Toutes ces causes agissent d'autant mieux sur l'économie, qu'elles trouvent les sujets prédisposés à l'avortement. Quelques femmes font une fausse couche sous l'influence de la cause la plus légère, tandis que d'autres, au contraire, supportent les commotions morales et physiques les plus violentes sans accident. Une femme enceinte de quelques mois, arrivée de Moscou, vint accoucher à la Clinique d'accouchement, en 1840, ayant fait plusieurs centaines de lieues en traîneau par des chemins affreux, exposée à toutes les privations et aux fatigues d'un aussi long voyage, sans cependant que sa grossesse ait été compromise avant terme.

§ 2. — Marche de l'avortement. Hémorrhagie interne ou externe.

Le premier phénomène qui se manifeste est, en général, une hémorrhagie (plus souvent externe qu'interne). En effet, *à une époque avancée*, le point de l'utérus correspondant au placenta est le seul qui ait des connexions vasculaires avec l'œuf; le reste de la surface des membranes en est ordinairement dépourvu; de là la rareté des hémorrhagies, *tandis qu'à une époque peu avancée* l'œuf entier est adhérent à l'utérus par la caduque, des connexions vasculaires très-importantes unissent toutes les parties, et il est impossible que

ces connexions puissent cesser, même dans un seul point, sans qu'il y ait perte. Aussi l'hémorrhagie est-elle d'autant moins abondante que la fausse couche a lieu plus près du terme de la viabilité. Elle est forte jusqu'à trois mois, moins forte après ce terme, rare après le quatrième mois. Elle est aussi moins abondante lorsque le produit n'est expulsé que longtemps après sa mort ; car la circulation utérine n'étant plus nécessaire à l'entretien de la vie du produit, se modifie ; les vaisseaux utéro-placentaires s'oblitèrent en partie, et fournissent peu de sang au moment du décollement du placenta. Cette hémorrhagie peut être interne, latente ou cachée, c'est-à-dire qu'elle peut s'effectuer, soit entre la surface externe de l'œuf et interne de l'utérus, soit dans les membranes mêmes, ce qui est très-rare dans l'hémorrhagie interne (extra-ovulaire, bien entendu) ; on observe l'inverse de ce qui a lieu dans l'hémorrhagie externe, c'est-à-dire que la quantité de sang est d'autant plus grande que la grossesse est plus avancée. Cette différence s'explique parfaitement. Ainsi, pour que l'hémorrhagie interne soit abondante, il faut que l'utérus soit assez développé pour contenir entre ses parois et l'œuf une assez grande quantité de sang, ce qui ne peut avoir lieu que lorsque la grossesse est avancée. *Dans les premiers mois*, au contraire, l'hémorrhagie interne ne peut être considérable : le peu de capacité de l'utérus s'y oppose. Aussi, dans ce dernier cas, cette hémorrhagie interne n'est-elle préjudiciable qu'au produit, dont elle détruit les attaches vasculaires et qu'elle fait périr, et ne peut-elle jamais l'être pour la mère. Le plus souvent même elle passe inaperçue, et ne devient manifeste que par les signes qui annoncent la mort du produit, et, mieux encore, après l'avortement.

A un terme avancé, il n'en est pas de même : l'hémorrhagie interne (même avant la rupture des membranes), presque toujours fatale à l'enfant, peut aussi compromettre gravement la santé de la mère, et quelquefois même sa vie.

A une époque rapprochée du terme, l'utérus, entièrement développé, jouit alors d'une force de contraction énergique capable de déterminer la dilatation du col, qui, lui-même, sera d'autant plus mince, plus souple, plus facile à entr'ouvrir, que l'on se rapprochera plus du terme de la grossesse, et tous les obstacles seront levés dès que la dilatation de l'orifice aura lieu.

A une époque peu avancée, le col est long, resserré, épais ; il faut une force plus considérable pour vaincre sa résistance ; en outre, le tissu de l'organe, moins développé, n'est pas doué d'une force contractile assez énergique pour contre-balancer avec avantage la résistance de l'orifice.

A une époque rapprochée du terme, l'œuf se divise avant son expulsion.

A une époque peu avancée, l'œuf ne se divise pas toujours, et alors, quoiqu'il soit plus petit qu'à une époque plus avancée, son expulsion n'en est pas moins pénible, par suite de son intégrité, jointe aux causes précédentes, *la résistance du col*, *le peu de développement de la force contractile.*

A une époque avancée, les dépendances, plus petites que le produit, n'offrent pas de difficultés pour leur expulsion. A moins de cas rares, la délivrance s'opère facilement.

A une époque peu avancée, les dépendances, d'autant plus grandes que le produit est moins âgé, constitueront à elles seules toutes les difficultés de l'expulsion. Quelquefois la délivrance est longue, douloureuse, grave : elle est quelquefois même impossible, et le placenta s'écoule en deliquium ou est résorbé.

§ 3. — Pronostic de l'avortement (hémorrhagie).

Je place le pronostic immédiatement après l'article précédent, parce qu'il s'y lie intimement.

Pour le produit, le pronostic de l'avortement est toujours fâcheux, car, ou c'est sa mort qui détermine l'avortement, ou sa mort en est la conséquence ; mais, dans le cas où l'avortement ne s'est pas encore effectué, le pronostic sera d'autant plus grave pour lui que l'hémorrhagie sera plus abondante. Cependant on a vu des femmes perdre des quantités de sang considérables, pendant leur grossesse, sans que la vie du fœtus ait été compromise. Il faut bien dire néanmoins que cela est rare.

Pour la mère, l'avortement est d'autant plus grave que la grossesse est moins avancée, et cela en raison des phénomènes de l'expulsion par eux-mêmes, des suites prochaines et des suites éloignées.

Cette proposition, professée depuis Hippocrate, se justifie chaque jour, et je me vois avec regret forcé d'être d'un autre avis que Désormeaux. Il est bien vrai pourtant que, dans quelques cas d'avortement, à trois ou quatre semaines, les accidents sont en général très-légers ; mais aussi, de cette époque à quatre mois, l'avortement, comme je viens de le dire dans l'article précédent, s'accompagne d'une hémorrhagie d'autant plus grave que le produit est moins âgé, et l'expulsion étant plus difficile, plus douloureuse, plus longue, la femme reste plus longtemps exposée aux conséquences de cette hémorrhagie. Les difficultés ou l'impossibilité d'extraire le placenta font courir immédiatement les mêmes chances à la femme, et de

plus l'exposent aux accidents consécutifs des manœuvres qu'on aura tentées pour opérer la délivrance, et aux conséquences de la rétention du placenta, et de sa *résorption putride* dans le cas où l'on n'aurait pu l'extraire.

La rapidité de l'hémorrhagie, la force du sujet, l'abondance de l'écoulement, influent aussi sur la gravité de l'accident. Cependant on a vu des femmes perdre une grande quantité de sang sans en être considérablement affaiblies. Mon ami, le docteur Devilliers fils, donne dans ce moment des soins à une jeune dame qui a perdu une quantité considérable de sang sans que sa grossesse ait été compromise, et sans que sa santé ait paru en être gravement affectée. J'ai observé plusieurs fois ce fait dans ma pratique.

Quant aux suites éloignées de l'avortement, comme sont les maladies chroniques des organes génitaux, qui surviennent dans un âge avancé, elles sont peut-être plus fâcheuses après l'avortement qu'après l'accouchement à terme. Mais certainement les conséquences immédiates sont aussi graves dans l'un que dans l'autre cas. Toute proportion gardée, je possède un plus grand nombre d'observations de femmes atteintes de métro-péritonite à la suite d'avortement qu'après l'accouchement à terme.

La cause qui produit l'avortement influe aussi sur sa gravité ; il est plus fâcheux lorsqu'il est déterminé par une cause violente, lorsqu'il s'accompagne d'une forte congestion utérine, lorsqu'il survient dans le cours d'une inflammation aiguë; je l'ai vu suivi de la mort en quelques heures dans une jaunisse. Enfin le plus grave de tous est l'avortement provoqué par des médicaments internes ou des manœuvres coupables.

Après l'expulsion du produit, moins celui-ci est avancé, moins il y a de fièvre de lait, moins il y a de lochies, et cependant plus il faut, en général, apporter de soins aux suites de couches.

§ 4. — Diagnostic de l'avortement.

Le diagnostic de l'avortement se divise en trois époques : *prévoir l'avortement*, *reconnaître qu'il a lieu*, *reconnaître qu'il a eu lieu.*

Prévoir l'avortement.

Les signes qui permettent de prévoir l'avortement varient suivant l'époque de la grossesse et suivant la cause qui le produit. Comme je l'ai dit, il est si peu douloureux dans les quelques jours qui suivent la conception, qu'il passe quelquefois inaperçu, et que l'œuf entier,

enveloppé de sang, se perd dans les déjections, dans les linges, ou est pris pour un caillot. On est alors dans l'impossibilité de reconnaître à temps l'imminence d'un semblable accident pour le prévenir.

Cependant la sollicitude de l'accoucheur devra être éveillée chez les femmes sujettes à des règles abondantes, chez celles qui éprouvent un sentiment de plénitude dans le bassin, des douleurs de reins, et surtout un léger écoulement sanguin ; enfin tous les symptômes d'une pléthore locale. La pléthore générale, les contractions prématurées, surtout chez celles qui ont avorté déjà spontanément, sans causes appréciables, devront aussi être l'objet de l'attention spéciale de l'accoucheur ; mais malheureusement la plupart des signes précurseurs ne sont, en général, bien probants que lorsque la fausse couche est inévitable. Comment en effet, distinguer si les douleurs utérines, si l'écoulement sanguin, sont dus à un retour de règles ou à un avortement, quand aucun signe ne peut éclairer sur l'existence de la grossesse ? Car les douleurs qui accompagnent une menstruation difficile simulent très-bien celles de l'enfantement, quoiqu'on ait donné comme signe distinctif, que dans l'avortement la perte précède les douleurs, tandis que le contraire a lieu dans la rétention des règles. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et cette distinction n'est pas assez facile à établir pour que l'on puisse oser employer, dans le but de prévenir un avortement aussi douteux, d'autres moyens que le repos et le laudanum ; et la petite saignée, car les réfrigérants peuvent déterminer de graves accidents, dans le cas où il n'y aurait que retour de règles sans grossesse.

Mais à une époque plus avancée, la grossesse n'étant plus douteuse, les symptômes qui signalent l'imminence d'un avortement *causé par la mort du produit* sont plus faciles à apprécier ; en effet, il est rare que les règles, quand elles se manifestent pendant la grossesse, continuent à se montrer au delà du terme de quatre à cinq mois. En outre, on doit craindre un avortement, quand le sang paraît chez une femme qui a passé la première moitié de sa grossesse sans voir. Enfin, tous les symptômes de pléthore locale, surtout, seront alors des indices certains de menaces d'avortement. Quand c'est le mauvais état de santé de la mère qui tend à déterminer l'avortement, ou une cause lente qui agit sur l'œuf, on observe des frissons suivis de chaleur ; de l'inappétence, des nausées, de la soif, du refroidissement des extrémités, des lassitudes, des palpitations, un sentiment de tristesse et d'abattement, une sensation pénible de froid et de faiblesse dans le ventre, des pesanteurs dans le petit bassin, des besoins illusoires d'uriner; on doit alors craindre que le fœtus n'ait succombé, et s'attendre, d'un moment

à l'autre, à voir la fausse couche s'effectuer sans qu'il soit possible de l'arrêter. On n'aura plus aucun doute, quand la femme perçoit la sensation d'un poids incommode qui ballotte dans l'abdomen, en suivant les mouvements du corps; quand chaque soir survient un mouvement fébrile ; enfin, quand à ces signes se joignent tous les autres symptômes qui signalent la mort du produit, fièvre de lait, sécrétion laiteuse, affaissement des seins, cessation des mouvements actifs et des bruits du cœur.

Si c'est à la suite d'une cause violente qu'on redoute un avortement, la femme éprouve en général une vive douleur, soit dans les reins, soit dans un point de l'abdomen; puis, cette douleur diminue pour reparaître plus intense quelque temps après. Si l'enfant a succombé, la femme éprouve tous les symptômes que je viens d'énumérer, et le travail se déclare, ordinairement, huit ou neuf jours après l'accident. Mais ce terme n'a rien de fixe, des produits n'ayant été expulsés que plusieurs mois après leur mort.

Mais comment prévoir un avortement imminent dans le cas où il reconnaîtra pour cause une hémorrhagie interne, quand la grossesse est peu avancée? En effet, si le sang s'est épanché dans l'intérieur de l'œuf (rare), la quantité en sera trop minime pour être appréciée par l'augmentation du volume de l'organe, et pour produire sur la santé de la mère des effets bien appréciables ; la mort même du produit sera souvent méconnue, et l'hémorrhagie passera tout à fait inaperçue.

Si le sang s'est épanché entre le placenta et l'utérus, quand bien même une partie des membranes se seraient décollées pour permettre cet accident, le caillot qui en résulterait serait encore trop minime, pour que sa présence fût appréciable. Quelques effets généraux, tels que la tension légère du ventre, un sentiment sourd de plénitude dans le bassin, pourraient seuls en signaler la formation ; quant à ses effets sur le produit, quelquefois ils seraient nuls ou inappréciables.

Quand la grossesse est plus avancée dans le premier cas d'hémorrhagie dans les membranes, la matrice prendra un développement insolite qu'il sera possible d'apprécier, soit par le palper abdominal, soit à l'aide du toucher vaginal ; on constatera que ce développement n'est pas en rapport avec l'époque de la grossesse. La mort de l'enfant étant la conséquence très-ordinaire de cet accident, on percevra tous les symptômes qui signalent cette mort. Si le sang s'est accumulé entre les membranes et l'utérus, le développement de l'organe sera facilement apprécié ; quelquefois, dans un point, on pourra percevoir une fluctuation manifeste, sans sentir les parties

fœtales. Cette hémorrhagie deviendra surtout manifeste par la mort du produit et ses effets sur la santé de la mère. Ainsi, la mère ressentira des douleurs de reins, des pesanteurs sur le fondement, des coliques sourdes, des faiblesses, quelquefois même des syncopes ; sa face sera plus ou moins pâle, on y remarquera même souvent une teinte jaune transparente ; le pouls sera petit, faible, dépressible. Enfin, les faiblesses ou les syncopes, par leurs retours plus ou moins fréquents, signaleront toujours la formation de nouvelles collections sanguines dans l'utérus.

A un terme peu avancé de la grossesse, il est rare, comme je l'ai dit, que cet ensemble de symptômes soit aussi complet et aussi alarmant, car la quantité de sang qui peut s'accumuler en une fois entre l'œuf et l'utérus ne peut jamais être assez considérable pour déterminer tous ces symptômes. Cependant, on comprend à la rigueur que de petites hémorrhagies successives puissent, en affaiblissant la malade de plus en plus, mettre dans les premiers mois ses jours en danger par une dernière perte, même légère. M. A. C. Baudelocque, dans son travail si remarquable sur les hémorrhagies internes[1], en a cité quelques exemples.

Mais à une époque avancée, cette succession de petites hémorrhagies internes (extra-ovulaires) peut certainement déterminer la mort de la femme. En effet, la quantité de sang qui peut s'épancher en une fois n'est pas assez considérable pour que la malade puisse en être notablement affaiblie, l'utérus, quand l'œuf est intact, se refusant à se laisser distendre davantage. Mais le premier épanchement en partie résorbé, le caillot s'étant aussi organisé, il se fait de nouveau assez de place entre l'œuf et l'utérus pour qu'une nouvelle collection sanguine vienne succéder à la première et ainsi de suite. Ajoutez à cela que l'utérus lui-même finit petit à petit par se laisser distendre successivement par chaque hémorrhagie, à tel point, que sa capacité en dehors de l'œuf peut devenir considérable. J'ai été témoin de la mort d'une femme chez laquelle ces hémorrhagies successives avaient été méconnues ; elle succomba pendant qu'on pratiquait sur elle l'accouchement forcé à six mois et demi, opération qui avait été nécessitée par une syncope grave.

Cependant, bien souvent, surtout si un seul épanchement a lieu, rien chez la mère ne traduira à l'extérieur l'existence de l'hémorrhagie, l'enfant seul pourra s'en ressentir. Enfin, l'hémorrhagie peut être considérable, sans que ni l'un ni l'autre aient paru en

[1] *Traité des hémorrhagies internes de l'utérus qui surviennent pendant la grossesse, dans le cours du travail et après l'accouchement.* Paris, 1831, in-8.

recevoir la plus légère atteinte. Toutefois, le plus souvent, dans l'un et l'autre cas, la femme éprouvera une partie des symptômes qui signalent la mort de l'enfant, et cet état pourra se prolonger jusqu'à ce que la quantité de sang soit assez considérable pour forcer l'organe à réagir, d'où résultera l'écoulement du sang au dehors, et l'avortement. On conçoit que, dans beaucoup de ces cas, on puisse rester dans une incertitude complète, à moins toutefois que les symptômes d'hémorrhagie interne ne soient nettement tranchés.

Quand le produit a succombé, son séjour prolongé dans l'utérus est inoffensif pour la mère, quand les membranes sont restées intactes ; il est au contraire souvent très-grave, quand les membranes sont rompues. Dans le premier cas, en effet, l'espèce de décomposition qu'il subit, bien qu'on lui ait donné ce nom, ne ressemble en rien à une véritable putréfaction : le cadavre ne porte aucune odeur, les parties molles sont flasques, la tête s'affaisse sous son propre poids, les côtes se dessinent à travers les parties molles, le devant de la poitrine est fortement aplati ; la peau, surtout celle de l'abdomen, est d'un rouge brunâtre, sans apparence de teinte verte ; le cordon n'est plus tordu sur lui-même ; il est mollasse, rougeâtre, imprégné d'un fluide brunâtre ; l'épiderme se détache avec facilité, et laisse à nu le derme humide, gluant et d'un rose vif. L'épiderme des pieds et des mains est blanc, plissé.

Dans le second cas, au contraire, l'accès de l'air dans la cavité utérine, aidé de la température élevée de cet organe, fait faire à la décomposition de rapides progrès. Il s'écoule par les parties génitales un liquide noirâtre, un véritable déliquium de tissus devenus putrides, d'une fétidité extrême ; l'utérus devient un véritable foyer d'infection ; la malade est prise d'une fièvre grave de résorption à laquelle elle peut succomber rapidement, si la nature ou l'art ne parviennent à la délivrer.

Signes à l'aide desquels on peut reconnaître que l'avortement a lieu.

Dans les commencements de la grossesse, alors qu'elle ne peut être constatée par des signes certains, comment distinguer une réapparition de règles, accompagnée de douleurs utérines, d'un véritable travail d'avortement ? Ce diagnostic différentiel est extrêmement difficile à établir, je l'ai dit dans le chapitre précédent.

Cependant si, chez une femme qui n'est pas sujette à des irrégularités dans la menstruation, un écoulement de sang se manifeste après un retard de quelques semaines, si cet écoulement de sang s'accompagne de douleurs, si ces douleurs ne sont pas modifiées

par cet écoulement, si elles reviennent de plus en plus vives et séparées par des intervalles de calme; si le col, légèrement entr'ouvert, permet l'introduction de l'extrémité du doigt, on doit craindre une fausse couche. A partir de la fin du troisième mois, le diagnostic de la grossesse, plus facile à établir, permet aussi de reconnaître plus facilement les signes de l'avortement. Tous les phénomènes d'un véritable travail se déclarent : ils s'accompagnent d'une perte plus ou moins abondante, suivant l'époque. L'issue d'un liquide semblable aux eaux de l'amnios est, dans la plupart des cas, un signe certain d'avortement imminent. Cependant ce phénomène peut se manifester sans que les membranes soient rompues, et alors il cesse d'être l'indice d'une fausse couche prochaine. Voici comment M. Nægelé explique ce phénomène, qui, suivant lui, n'est pas rare.

« Une exhalation séreuse s'épanche petit à petit entre la surface des membranes externe et interne de l'utérus, se réunit en collections dans différents points ; et lorsque ces collections sont devenues assez considérables pour exciter la réaction de l'utérus, cet organe se contracte ; le liquide, en décollant la partie inférieure des membranes, gagne le point le plus déclive de l'utérus et s'échappe par l'orifice. Si les contractions qui déterminent cet écoulement sont perçues, ce phénomène simule d'autant mieux l'écoulement des eaux de l'amnios ; mais souvent cette expulsion a lieu en vertu de contractions dont la malade n'a pas la conscience. »

Si, après le troisième mois, aux signes précédents venaient se joindre ceux qui caractérisent la mort du produit d'une manière certaine, le diagnostic serait plus positif. Cependant la mort du fœtus n'implique pas toujours la cessation de la grossesse. Une de mes clientes, auprès de laquelle je fis appeler M. P. Dubois, présenta un cas de ce genre des plus remarquables, dont je conserve les pièces, et que je crois unique dans la science. Cette dame, déjà mère de deux enfants, devint grosse une troisième fois, et parvint sans incommodités jusqu'au terme de trois semaines; mais à cette époque elle éprouva un sentiment de lassitude, de dégoût, accompagné de douleurs des reins; elle sentit des picotements dans les seins, qui s'affaissèrent : cet état de malaise dura quelques mois sans que les règles reparussent. La malade, qui, du reste, avait éprouvé dès le début toutes les sensations qui lui avaient annoncé ses deux premières grossesses, ne doutant pas qu'elle ne fût enceinte, quoique son ventre ne prît aucun développement, me fit appeler. Elle devait à cette époque être grosse de cinq mois et demi. Je constatai bien le développement de l'utérus, mais il s'en fallait de beaucoup qu'il fût en rapport avec le

terme présumé. Les mouvements actifs n'étaient pas perçus ; l'auscultation ne donnait aucun signe.

A six mois et demi de terme, le 23 décembre 1838, je fus de nouveau appelé, et, après un travail régulier accompagné d'une perte assez abondante, un œuf de 11 centimètres de long, qui contenait un embryon tout au plus de 1 centimètre de haut, qui était rougeâtre, et nageait dans un liquide d'un rouge-brique, fut expulsé. Comme on le voit, le produit avait cessé de vivre à quinze jours ou trois semaines, tandis que le placenta, greffé, avait continué de croître dans l'utérus.

De deux jumeaux, l'un peut être expulsé avant terme, l'autre continuer à vivre. M. P. Dubois a pu observer ce phénomène sur une dame qui habitait Sèvres, et sur une femme de la Maternité.

Signes qui servent à faire reconnaître que l'avortement a eu lieu.

Il est de la dernière importance de s'assurer d'abord si la fausse couche n'est pas effectuée, et, dans le cas où elle l'est, si le produit et ses enveloppes ont été expulsés, ou si le placenta est encore resté dans l'utérus.

La première précaution que l'accoucheur doit prendre en arrivant auprès d'une femme menacée d'avortement, après avoir pris auprès d'elle tous les renseignements propres à éclairer la question, et l'avoir examinée, est de se faire présenter toutes les déjections, les linges dont elle s'est garnie, de visiter lui-même l'intérieur du lit et les vêtements, pour s'assurer si le produit n'a pas été expulsé. S'il trouve des caillots, il devra les laver, les diviser, afin de les distinguer d'un produit de conception ; puis il recommandera à la femme de se servir d'un vase pour tous les besoins qu'elle pourra éprouver, et de ne pas se placer sur un siége de garde-robe, où le produit pourrait se perdre ; il fera aussi mettre de côté tous les linges, afin de les visiter à son retour.

En effet, sans ces précautions, il sera souvent très-difficile de s'assurer si la fausse couche est faite ou à faire. Le degré de dilatation du col ne peut, dans la plupart des cas, éclairer la question. Avant la fausse couche, le col peut être entr'ouvert sans qu'on puisse rien sentir d'engagé ; souvent ou le trouvera encore fermé. Après l'expulsion du produit, il peut rester entr'ouvert si le placenta est encore contenu dans l'organe ou si un caillot s'y est formé ; mais il peut se refermer sur ces parties ; souvent même, cela a lieu immédiatement après l'expulsion, et, quand la grossesse est peu avancée, il reprend la forme

qu'il avait avant l'accident. Comment alors constater que l'avortement a eu lieu?

Pour les douleurs, mêmes variétés, mêmes incertitudes : elles peuvent être entretenues par la présence du placenta et d'un caillot, ou après l'expulsion complète, être déterminées par un état pathologique particulier, et durer plus ou moins longtemps.

Il faut donc apporter tous ses soins à trouver le produit et ses annexes, et à les distinguer des caillots.

§ 5. — **Traitement.**

Le traitement consiste à prévenir, à arrêter la fausse couche, et à remédier aux accidents qui peuvent la compliquer.

Prévenir l'avortement.

Accidents ou maladies, conséquences de la constitution médicale. — La plupart des médecins hésitent à traiter comme des malades ordinaires les femmes grosses qui sont atteintes par la constitution médicale ou la maladie régnante, surtout lorsque celles-ci indiquent les évacuants des premières voies; il faut avouer que la crainte de voir l'avortement survenir, malgré un traitement que repoussent les préjugés du public, est bien propre à arrêter le jeune médecin, auquel on ne manquerait pas d'attribuer l'avortement. Cependant le meilleur procédé pour prévenir et arrêter, dès le début, un avortement, est celui qui remédie à sa cause par des moyens appropriés : une saignée faite à propos, un vomitif, même quand il y a embarras gastrique très-évident, préviendront l'expulsion du produit. Il faut donc user de la saignée, des évacuants, de l'opium, du quinquina, etc., toutes les fois qu'ils seront indiqués, en se rappelant cette phrase de Stoll, si souvent répétée par M. Honoré, de regrettable mémoire : « Contra indicantium numerum minorem esse ac olim « arbitrabar, in diem experior. »

Si l'avortement est déterminé par la faiblesse, ou un vice général de la constitution du sujet, c'est dans l'intervalle d'une grossesse à l'autre qu'il faut s'attacher à combattre ces causes.

Ainsi les femmes faibles, cachectiques, dont la constitution a été détériorée par des maladies longues, celles surtout chez lesquelles le segment inférieur de l'utérus participe à cet état d'atonie, à cette laxité des tissus, devront être soumises à un régime tonique, fortifiant, aux préparations ferrugineuses, aux bains froids, à l'usage des eaux minérales et des bains de mer. Ces moyens seront continué-

pendant la grossesse, en évitant cependant ceux qui ne peuvent être mis en usage sans fatigue; il sera même quelquefois nécessaire d'imposer le repos dans les premiers mois. Les circonstances qui ont accompagné les précédentes fausses couches, s'il y en a eu déjà, guideront l'accoucheur à cet égard. Ainsi, lorsque l'expulsion du produit s'est effectuée spontanément, sans cause appréciable autre que la laxité des fibres du col, le repos sur la chaise longue est alors indiqué. Indépendamment des circonstances accidentelles qui peuvent déterminer l'avortement, et à l'influence desquelles, une fois reconnues, on peut remédier avec plus ou moins de succès, il est des cas où le fœtus, parvenu au terme de son développement, périt dans la matrice même, avant le travail de l'accouchement, sans que nul accident puisse en être accusé. Il faut alors admettre une cause intime, organique, une constitution particulière de l'utérus, surtout quand cette funeste terminaison se répète dans plusieurs grossesses. Cette cause, le docteur Gaëtano Laferla (de Malte) l'a trouvée dans un état très-fréquent de débilité et d'inertie de la matrice, et il la combat par l'administration de l'assa-fœtida, à laquelle il attribue la propriété d'exciter l'utérus, de lui rendre la tonicité et la vigueur nécessaires, sans toutefois solliciter ses contractions. Une autre circonstance détermine souvent aussi la fausse couche chez les femmes affaiblies, qui sont mal réglées et affectées de leucorrhée chronique : c'est une exhalation sanguine, quelquefois même une hémorrhagie abondante, qui tue le produit. Dans ce cas, les mêmes moyens seront mis en usage, et, de plus, il faudra s'attacher à combattre toutes les causes de congestion locale, prévenir surtout la constipation par des lavements frais et souvent répétés, et quelques jours avant l'époque habituelle des règles, si le sujet n'est pas trop affaibli, faire une petite saignée révulsive du bras de 30 à 40 grammes ; dans le cas contraire, promener quelques cataplasmes sinapisés sur le dos, sur les bras, et tout ce qui pourrait accroître l'activité de la circulation dans les membres inférieurs, faire prendre des bains de mains très-chauds pendant 10 minutes, comme pour un bain de pieds. Au reste ces préceptes ont été donnés par les auteurs les plus anciens et avec une précision remarquable. Voici ce qu'ils disent :

Si les femmes grosses se portent bien, il faut s'abstenir de médicaments ; chez celles qui vivent trop somptueusement il faut conserver la liberté du ventre.

Mais si le pouls a trop de force, si la chaleur est trop grande, la respiration trop gênée, il faut pratiquer la saignée, surtout chez celles qui étaient abondamment menstruées, sinon il faut se méfier des évacuations sanguines, car les incommodités des femmes gros-

ses ne se rattachent pas, pour la plupart, à la pléthore ; dans les premiers temps de la fécondation le sang n'est pas en excès et les symptômes diminuent en cessant un peu plus tard et d'eux-mêmes ; les femmes pâles sont celles qui souffrent le plus, celles dont le teint est fleuri sont moins tourmentées.

J'ai connu quelques femmes dont le port et l'habitude extérieure n'annonçaient pas une abondance du sang, qui cependant avaient eu plusieurs avortements. Comme je remarquais de la tension dans les lombes, une augmentation de volume dans la région de l'utérus, je soupçonnais une pléthore locale du système utérin et je prévenais l'avortement par de petites saignées répétées plusieurs fois ; et ces femmes mirent au monde des fœtus sains, sans éprouver dans la suite aucun dommage dans leur santé.

Divers moyens sont indiqués pour prévenir l'avortement : chez les femmes sanguines, chez celles qui mangent beaucoup et ont des règles abondantes, la saignée et les réfrigérants sont utiles ; il faut encore éviter les émotions, enfin tout ce qui peut agiter la circulation.

Chez les femmes à teint pâle, à pouls faible, à vie sédentaire, les fortifiants, le quinquina, les préparations martiales les plus douces, l'usage modéré du vin conviennent.

Aux femmes douées de mobilité nerveuse, qui ont éprouvé une forte émotion, la valériane et le castoreum sont utiles [1].

La rigidité des fibres du corps de l'utérus, son excès de contractilité, doivent être combattus par des moyens tout opposés : on prescrira donc les bains tièdes, un régime adoucissant, les saignées générales et le laudanum en lavement, à de petites doses.

Dans le cas d'abaissement de l'utérus, l'organe devra être contenu, si la douleur est vive ; car il faut se rappeler que la présence de l'éponge, que j'ai conseillée dans ce cas, peut déterminer l'avortement : aussi devra-t-on en surveiller l'emploi, et y joindre le repos absolu dans les premiers mois, jusqu'à ce que l'organe se soit élevé au-dessus du détroit supérieur, bien entendu que la femme devra éviter toute fatigue, tout effort violent.

Quant aux vices généraux de la constitution, on les combat par les moyens qui leur sont propres. Mon ami Ricord veut qu'on agisse, autant que possible entre deux grossesses, ou à une époque très-avancée, surtout quand il s'agit d'une affection syphilitique, car, suivant lui, le traitement mercuriel peut d'autant mieux déterminer la mort du produit qu'il est plus jeune.

[1] De Quarin (Joseph L. B), *Animadversiones practicæ in diversos morbos*, t. II, p. 225 et suiv.

Quant aux causes qui dépendent des maladies de l'œuf ou du fœtus, sur lesquelles les travaux de Dance et ceux de M. Devilliers fils ont jeté un nouveau jour, elles sont hors de la puissance de l'art.

Enfin cette espèce de molimen hémorrhagique qui se manifeste chez les femmes abondamment réglées, et qui est une cause si fréquente de fausse couche, devra être combattue, pendant l'état de vacuité, par un régime peu succulent, et pendant la grossesse, surtout quand la femme a déjà plusieurs fois avorté aux époques des règles; et dès qu'on remarque chez elle des symptômes de pléthore générale ou locale, observés également dans ses précédentes grossesses, on devra pratiquer chaque mois une petite saignée du bras quelques jours avant l'époque des règles, et cela jusqu'à ce que le terme des précédentes fausses couches soit passé. J'insiste pour qu'on ne fasse que de petites saignées pendant la grossesse, non qu'il ne soit quelquefois nécessaire de les faire plus copieuses, quand la pléthore est considérable; mais j'ai souvent vu des émissions sanguines abondantes déterminer un résultat inverse à celui qu'on se propose, et je sais que la plupart des personnes de l'art, médecins ou sages-femmes, ne sont pas assez en garde contre les conséquences de ces saignées abondantes.

Désormeaux, dans les cas de tumeurs hémorrhoïdales considérables, dans les phlegmasies des organes voisins, la vessie, le rectum, conseillait les saignées locales. J'en ai souvent obtenu de bons effets. On comprend même, suivant l'opinion de M. Gendrin, qu'une application de sangsues aux aines puisse être suivie d'un bon résultat dans la pléthore locale; j'avoue néanmoins que, dans ce cas, je donne la préférence à la saignée générale. Au reste, la saignée employée avec réserve est un moyen puissant à l'aide duquel j'ai pu faire parvenir à terme bon nombre de femmes qui, jusqu'à ce qu'elles se soient confiées à mes soins, avaient avorté plusieurs fois. Je pourrais citer un grand nombre de cas; je me contenterai d'en citer un seul [1],

[1] Une jeune femme avait fait successivement deux fausses couches. Elle avait presque perdu tout espoir de devenir mère, car le médecin appelé pour l'assister, se fondant sur je ne sais quelle raison, lui avait fait craindre qu'elle ne pût jamais arriver à terme. Consulté par elle, je me crus autorisé, par les renseignements qu'elle me donna, à lui laisser espérer un meilleur résultat, pour une troisième grossesse, et pour étayer mon avis, je l'engageai à prendre celui de M. P. Dubois, qui fut en tout conforme au mien.

Habituellement réglée avec abondance, cette dame continuait à voir un peu à chaque époque, quoiqu'elle fût enceinte, et c'était cette circonstance, qui, complétement méconnue, avait déterminé les deux fausses couches précédentes. De petites saignées

renvoyant au mémoire que j'ai publié sur cette matière [1].

Comme moyens généraux, comme précautions utiles qui doivent être employées, quelle que soit la cause des avortements précédents, quelles que soient les circonstances qui puissent faire craindre une fausse couche, on devra conseiller à la femme d'éviter, au début de sa grossesse surtout, la constipation, et pour cela elle devra faire un usage fréquent de lavements tièdes ; s'ils étaient insuffisants, jamais il ne faudrait avoir recours à un purgatif énergique ; un laxatif doux doit seul être administré ; l'huile de ricin à la dose de 15 grammes, dans le bouillon aux herbes bien chaud, me semble devoir être préférée même à la limonade gazeuse au citrate de magnésie. Les excitations physiques et morales, les efforts, la course à cheval, la voiture, les bains trop prolongés et trop souvent répétés, seront soigneusement évités. Si une affection étrangère à la grossesse réclamait une opération quelconque, il serait indispensable, surtout si l'on a quelques motifs de craindre un avortement, de remettre cette opération après l'accouchement, si cela se peut : ainsi l'extirpation d'une dent, le broiement d'une pierre dans la vessie, la cautérisation du col utérin, etc., etc.

Une circonstance sur laquelle il est fort important d'appeler l'attention des accoucheurs est celle-ci : quelques femmes, en petit nombre, il est vrai, continuent à voir pendant les premiers mois de leur grossesse, et ne s'aperçoivent de leur état qu'à l'apparition successive des autres signes de présomption. Mais il peut arriver, dans un cas semblable, les règles continuant, que les autres symptômes manquent complétement, ce qui est rare, et que la malade ne se croyant pas enceinte, néglige les précautions indispensables à la conservation du produit, croyant ces précautions inutiles, et qu'alors la fausse couche arrive. Il y a peu de jours que je viens d'observer un cas de cette nature. Une jeune dame de Meulan, qui avait fait déjà plusieurs fausses couches, me fut amenée par M. le docteur Bérigny, pour me consulter sur les moyens à prendre pour éviter le retour de ces accidents. Elle était alors enceinte de trois mois et demi, et l'ignorait complétement, car ses règles s'étaient manifestées régulièrement et aussi abondamment qu'à l'ordinaire, et aucun

révulsives, et le repos pendant les premiers mois, jusqu'à ce que l'époque fatale fût bien passée, lui permirent de mener à terme cette troisième grossesse. Elle accoucha d'un garçon fort et bien portant. Je fus obligé de l'extraire à l'aide du forceps par suite de la résistance des parties externes. Le travail s'était prolongé, et je craignais, près d'atteindre un but qui avait été inespéré, de voir l'enfant périr au moment de recevoir le jour.

[1] *De l'avortement et des moyens de le prévenir et de l'arrêter.*

autre des signes de grossesse qu'elle avait observés chez elle à ses précédentes grossesses ne s'était manifesté. Cette erreur amena malheureusement le résultat qu'elle désirait tant d'éviter : elle avorta quelques jours après la consultation.

M. Cunning Bedfort, de New-York, cite en note, dans la traduction anglaise de ce livre, qu'il donna trois fois des soins à une dame qui, continuant à voir pendant toute sa grossesse, n'était avertie de son état que par les mouvements de son enfant.

La conduite à tenir dans le cas où, après plusieurs fausses couches, on veut éviter encore cet accident, paraît toute simple : elle consiste à prendre les mêmes précautions que si la femme était grosse, dans la crainte qu'elle ne le soit.

Mais ne pourra-t-on pas craindre, si la grossesse tarde à venir, que les précautions prises dans le but de prévenir l'avortement ne soient préjudiciables à la santé de la femme? Comment alors sortir de cet écueil? En usant du repos, dans des conditions particulières, à la campagne, par exemple, et en exposant les femmes plusieurs fois par jour au grand air, pour remplacer l'exercice qu'elles ne peuvent prendre; en ne pratiquant la petite saignée révulsive que si les règles sont trop abondantes, en même temps, bien entendu, que les rapports conjugaux continueront à avoir lieu, mais avec réserve.

Quant à la plupart des autres moyens, leur innocuité, dans le cas où la femme continuerait à être en vacuité, permettra d'en faire usage.

Arrêter l'avortement.

La méthode de traitement que M. le professeur P. Dubois met en usage, que j'ai vue si souvent couronnée de succès dans ses mains à la Clinique, dans des cas où l'avortement semblait inévitable, consiste dans l'usage de deux moyens que j'ai déjà conseillés dans le traitement préventif : la *saignée* et le *laudanum*.

L'occasion qui nous a été offerte, à M. Honoré et à moi, d'employer cette méthode de traitement, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à la Clinique d'accouchements de Paris et en ville, nous a mis aussi à même d'obtenir les résultats les plus satisfaisants.

Cette méthode n'est pas nouvelle ; elle est clairement indiquée dans Van Swieten [1] et longuement exposée dans une thèse qui fait partie du recueil de Stoll et que j'ai déjà citée [2].

[1] § 1307, p. 503, édit. de Leyde.

[2] Theod. Szkrochowski, Poloni Leopoliensis, *Dissertatio de hæmorrhagiis* (Stoll, *Ad morbos chronicos*, t. 1, p. 466).

« De usu opii hic quædam adhuc referam licet et superiùs plura « dixerim, *cùm adeò solemnis in abortu ipsis fœminis* illius sit usus. » *Solemnis!* Il n'y a pas à se méprendre sur la vulgarité de la méthode à cette époque. L'auteur précise les indications : après avoir rejeté l'opium dans les cas où l'expulsion du produit est un fait inévitable, il le conseille lorsque l'avortement n'est encore qu'imminent, et énumère les signes auxquels on reconnaît que ce degré n'est pas dépassé. C'est alors, dit-il, que les opiacés pourront être utiles : « Prodesse opiata poterunt, verumtamen cum quiete summa simul « injuncta et situ horizontali gravidæ, *post administratam primam* « *venæ sectionem,* qua in re incipiens hæmorrhagia et abortus pro- « dromus nonnunquam præoccupatur. Nollem tamen soli opio sem- « per confidas, neque per hoc altero abortus initiantis casu ; etenim « in fœminis robustis, plethoricis præcipuè, narcoticis non est « fidendum. Sine præmissa venæ sectione, sine debilitata aliquan- « tum vi vitæ, noceret opium ; nocerent quoque opiata in abortu « instante, si id post iram gravem, post exercitationem validam, « post spirituosos potus assumptos et universim post omnem hu- « morum majorem rarefactionem, ubi adhiberi adstringentia, una « alterave venæ sectio deberet. » Cette méthode, qui réunit la saignée et l'opium, a été remise en vigueur par M. Paul Dubois, et il l'a heureusement modifiée en substituant le laudanum en lavement à l'opium pris par la bouche.

Mais avant de préciser les indications, il est bon pour l'intelligence du mode d'action de ces agents, d'exposer sommairement quelques considérations sur les propriétés contractiles dont l'utérus est doué à toutes les époques de la vie, et qu'il possède à un plus haut degré au terme de la gestation.

Comme tous les viscères creux de la vie organique, l'utérus est doué de deux espèces de contractilité : la première est la *contractilité organique propre*, la seconde est la *contractilité de tissu, ou rétractilité.*

L'action de ces deux espèces de contractilité, bien plus manifeste dans l'utérus que dans tous les autres organes soumis à la même influence, va me permettre d'en établir clairement les caractères distintifs.

A. *Contractilité organique propre de l'utérus.* — L'exercice de la contractilité organique de l'utérus consiste dans un resserrement rapide de l'organe, presque toujours accompagné de douleurs, revenant par accès, et s'exerçant avec violence, pour expulser de la cavité utérine ce qui y est contenu : aussi cette propriété est-elle l'agent le plus puissant de la parturition.

Cette propriété réside dans toutes les parties de l'utérus; mais comme la matrice est un organe d'expulsion, la nature a rassemblé la plus grande somme de forces expultrices à la partie supérieure de cet organe, dans le point opposé à celui qui doit livrer passage au produit de la conception.

Le seigle ergoté peut activer cette propriété, *l'opium et la saignée peuvent arrêter son action.*

B. *Contractilité organique de tissu.* — Bien distincte de la première, la contractilité organique de tissu existe dans toute l'étendue des parois de l'organe, mais s'exerce bien plus spécialement dans certains points. C'est en vertu de cette propriété que l'utérus revient sur lui-même, quand il a expulsé le produit. Mais comme condition essentielle à son exercice, il faut que la déplétion de l'utérus s'exerce graduellement.

Cette propriété, qui appartient à tous les autres organes, est bien plus prononcée dans l'utérus ; à mesure que l'expulsion du fœtus a lieu, les tissus reviennent peu à peu sur eux-mêmes, rétrécissent d'abord, et finissent ensuite par clore complétement les bouches des vaisseaux sanguins. Sans cette sage prévoyance de la nature, le système vasculaire, excessivement développé dans la grossesse, aurait conservé les mêmes conditions, et, après l'accouchement, les orifices des vaisseaux restés béants à la surface interne de l'utérus y auraient versé le sang avec abondance, et la mort aurait suivi de près l'hémorrhagie.

Aussi le fond de l'organe, qui est, dans la majorité des cas, le siége de l'implantation du placenta, et pour cela sillonné par un appareil vasculaire des plus actifs, est doué de cette propriété de retrait à un bien plus haut degré que les parties inférieures. C'est cette absence de réaction du col qui rend si fréquentes les hémorrhagies dans les cas d'implantation sur l'orifice ou dans son voisinage.

Immédiatement après l'accouchement, il est facile d'apprécier cette différence : le fond vient former dans l'hypogastre un corps dur et globuleux ; le col, au contraire, est mou, lâche, entr'ouvert.

Étrangère à la parturition pendant la vie, la contractilité de tissu s'exerçant toujours sans douleur, et aussi sans qu'on en ait la conscience, suffit quelquefois seule à déterminer l'accouchement peu de temps après la mort de la mère. Bichat pense que la putréfaction seule peut annuler cette faculté.

Enfin, cette propriété est aussi impressionnée par le seigle ergoté, mais elle résiste aux impressions morales, et, ce qui est surtout important, à l'influence de la *saignée* et de l'*opium*.

Ces propriétés sont si distinctes qu'elles peuvent exister l'une sans l'autre. Ainsi, après une expulsion rapide qui s'est effectuée sous l'influence de contractions énergiques, il n'arrive pas toujours que l'utérus revienne sur lui-même, tandis qu'après l'extraction du produit, devenue nécessaire par suite de l'inertie des contractions, on voit l'utérus graduellement désempli revenir sur lui-même.

Il résulte de l'étude de ces diverses propriétés que des agents qui pourront suspendre l'exercice de la contractilité organique, sans nuire au libre exercice de la rétractilité de tissu, deviendront des moyens précieux, dans les cas de menaces d'avortement qui ne seront pas le résultat d'une maladie de l'œuf ou de la mort du produit, mais seulement d'un exercice prématuré de la contraction organique.

Ces agents seront l'*opium* et la *saignée*, seuls ou réunis.

Comme une circonstance qui doit faire varier le traitement, les auteurs ont établi une distinction entre les signes qui annoncent l'avortement causé par la mort du fœtus, et ceux qui dénotent la fausse couche qui dépend d'une cause à laquelle il est possible de s'opposer, se fondant sur ce qu'il faut s'abstenir de toute médication ayant pour but d'enrayer le travail, et favoriser même au besoin l'expulsion, quand l'enfant a cessé de vivre, et, quand il est vivant, veiller à sa conservation. Mais cette distinction, quelquefois facile à établir quand la grossesse est assez avancée pour permettre l'auscultation, ne peut être faite alors qu'on n'a pu se guider que des signes incertains. Dans le doute, l'accoucheur devra agir dans le sens de la conservation du produit. Cette médication, applicable à tous les cas, conservera le produit si cela est possible, et n'empêchera pas la fausse couche si elle est inévitable ; seulement l'expulsion du produit mort sera un peu retardée quelquefois ; mais le retard que ces moyens apporteraient à la terminaison de l'avortement devrait toujours être considéré comme un bien léger désavantage à côté du succès qu'on attend, la conservation de la vie d'un enfant et celle de la santé de la mère.

En cas d'insuccès, cette médication ne peut avoir aucun inconvénient, puisqu'elle n'empêchera pas le retrait de l'utérus ; elle serait même avantageuse, car elle modère les tranchées vives qui accompagnent et suivent si souvent les fausses couches. Elle est généralement en usage, dans ces derniers cas, en Angleterre.

Afin de poser quelques jalons au milieu des indications que l'on devra remplir, je diviserai l'avortement en trois périodes.

Première période.

Douleurs utérines partant de l'ombilic et se dirigeant vers l'excavation, accompagnées de durcissement du ventre, et souvent de douleurs de reins, d'un sentiment de pesanteur sur le fondement et dans les lombes, et d'une lassitude générale.

Traitement. — Repos absolu, situation horizontale, diète légère, saignée du bras s'il y a pléthore générale ou locale; lavement évacuant; puis, après qu'il a été rendu, un huitième de lavement avec 10 ou 15 gouttes de laudanum de Sydenham, que la malade gardera, bains de mains. Si les contractions cessent, s'en tenir là, sinon revenir au laudanum en lavement, à la même dose, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à cessation de travail. On a rarement besoin d'insister longtemps sur l'usage de ce moyen; la première administration suffit souvent, mais tout au moins la troisième, si le produit est viable et vivant, si l'œuf est à l'état normal.

Deuxième période.

Les mêmes accidents que précédemment, et, de plus, glaires sanguinolentes, perte ou légère ou forte, amincissement de l'orifice, dilatation plus grande, engagement plus ou moins prononcé de la poche.

Traitement. — Tout à fait le même, et de plus limonade froide, compresses froides sur les cuisses, etc. (voyez p. 296, 297); mais, en général, moins efficace. Cependant on peut citer des exemples nombreux de succès. On lit dans l'ouvrage de M. Velpeau [1] que Mauriceau, Puzos, Nægelé, M. Stoltz, ont vu des pertes abdominales n'être pas suivies de fausse couche. Une femme que j'observai à la Clinique, après une perte très-abondante au troisième mois, n'en parvint pas moins à terme. Encore ici je pourrais multiplier les citations, car un grand nombre des observations de succès que je possède se rapportent à cette période. M. le docteur Crouzet vit, sous l'influence du laudanum, tout rentrer dans l'ordre chez une femme enceinte de quatre mois, qui déjà avait avorté trois fois, chez laquelle la poche amniotique faisait une saillie prononcée à travers le col dilaté, et qui éprouvait depuis plusieurs heures des douleurs violentes.

Dans le cas observé par M. Marrotte, l'avortement déterminé par une impression morale vive s'effectua malgré l'usage de ces moyens.

[1] *Traité des accouchements.* Paris, 1835, t. I, p. 410.

La perte qui l'avait accompagné, et qui le suivit, était abondante, et se manifestait avec plus d'intensité chaque jour à une certaine heure. L'événement arrivé, M. Marrotte eut la pensée d'administrer le sulfate de quinine, et la perte s'arrêta. Aussi regretta-t-il de ne pas avoir saisi cette indication, il est vrai bien moins manifeste pendant l'avortement qu'après, car la fausse couche n'aurait probablement pas eu lieu. Au reste, c'est un moyen de plus, dans ce cas, que nous devons à ce praticien distingué.

Troisième période.

L'ensemble de tous les symptômes précédents; de plus, perte abondante, rupture de la poche. Ici le traitement échoue complétement.

Toutefois, Désormeaux rapporte un cas dans lequel il vit tout rentrer dans l'ordre, bien qu'il y eût eu écoulement des glaires, formation et rupture de la poche. Ce fait, observé par un homme qui fait autorité dans la science, ne peut s'expliquer que par une de ces pertes d'eau pendant la grossesse dont j'ai déjà parlé, et dont M. Nægelé nous a donné une explication si satisfaisante dans une thèse soutenue sous sa présidence [1]. Il est certain que, dans ce cas, les douleurs qui ont déterminé l'expulsion d'une ou de plusieurs collections aqueuses ont été plus intenses qu'elles ne le sont ordinairement, et qu'elles se sont accompagnées d'un écoulement sanguin déterminé par le décollement d'une partie des membranes et d'une tension de la poche amniotique, laquelle sera restée intacte, mais qu'on aura crue rompue par suite de la grande quantité d'eau écoulée. Cette explication est seule admissible, car il est physiquement impossible qu'une rupture des membranes, accompagnée de contractions surtout, n'amène pas la cessation de la grossesse.

L'administration du laudanum à une dose aussi élevée pourra inspirer des craintes à quelques praticiens : je ne l'ai jamais vue, cependant, être suivie d'accidents sérieux; quelquefois un peu de somnolence et de pesanteur de tête, d'engourdissement général, un narcotisme passager, qu'un peu de limonade ou une infusion légère de café froid dissipe rapidement. Quant au produit, M. P. Dubois n'a jamais constaté que ce mode de traitement lui soit nuisible. Quoi qu'il en soit, il est utile d'avertir les assistants des symptômes qui peuvent suivre l'administration de l'opium, afin qu'ils ne soient pas alarmés.

[1] J. B. Geil, *De hydrorrhœa gravidarum*, 1822.

Remédier aux accidents qui peuvent compliquer l'avortement.

L'hémorrhagie est un des accidents qui accompagnent le plus ordinairement l'avortement; elle peut précéder, accompagner et suivre l'expulsion du produit. Le plus souvent c'est elle qui détermine l'avortement; quelquefois, cependant, elle n'en est que la conséquence. Enfin, elle peut être légère ou très-abondante, elle peut être interne ou externe. Dans le premier cas, on peut s'en tenir aux moyens indiqués dans le paragraphe précédent (*deuxième période*). Mais si la perte était abondante et qu'elle fût interne, quelle conduite l'accoucheur devrait-il tenir?

Hémorrhagie grave interne.

Avant le quatrième mois la perte interne pourra être facilement méconnue, et son influence fâcheuse ne s'exercera que sur le produit, et encore pas dans tous les cas. Cet accident peut être signalé cependant par l'accroissement du ventre, dont le volume n'est pas en rapport avec l'époque de la grossesse, par la tension de l'utérus, sa rénitence, sa contraction permanente accompagnée de douleurs sourdes dans les reins, l'hypogastre, et de pression sur le fondement et la vessie. A ces symptômes, qui pourraient avoir une tout autre signification s'ils étaient seuls, viennent se joindre, pour en bien caractériser la nature si la grossesse est assez avancée, la faiblesse du pouls, la pâleur de la face, les faiblesses, les syncopes, enfin souvent la cessation des mouvements actifs et des battements du cœur de l'enfant.

Le repos, les boissons froides, le lavement froid pour vider le rectum, les révulsifs, sinapismes sur les bras, la poitrine, le dos, sont premièrement indiqués. Quant à la saignée, elle ne doit pas être pratiquée dans le cas d'hémorrhagie grave. Le ventre doit être maintenu fortement par un bandage de corps serré, afin de prévenir une plus grande ampliation. Des réfrigérants devront être appliqués sur les cuisses et l'hypogastre seulement. Enfin, le toucher sera pratiqué pour s'assurer si la perte interne n'a pas lieu après rupture de la poche, et si elle n'est pas déterminée par des caillots qui bouchent le col de l'utérus, auquel cas les caillots seraient extraits pour donner écoulement au sang au dehors. Le reste du traitement rentre dans celui de l'hémorrhagie externe; mais ce genre d'hémorrhagie interne, après rupture de l'œuf, sera toujours diagnostiqué facilement, par le fait de l'issue à l'extérieur d'une petite quantité de sang qui aura précédé la perte interne.

Si le col est fermé et les membranes intactes, la perte sera extra-ovulaire seulement; elle pourra être moins grave, et nécessitera cependant l'usage des mêmes moyens généraux. Dans l'un et l'autre cas, tout espoir de conserver le produit étant perdu, et vu l'imminence du danger que court la mère, l'accoucheur devra hâter la sortie du produit par l'administration du seigle ergoté, etc., comme je le dirai dans un instant. Enfin, il devra vider l'utérus en partie ou en totalité, suivant que l'époque de la grossesse et du travail permettra d'employer ce moyen partiellement ou d'une manière complète. Mais cette rupture des membranes ne devrait être pratiquée que dans le cas où l'époque avancée de la grossesse force l'œuf à se rompre pour être expulsé. Dans le cas contraire, quand l'œuf peut être expulsé entier, il faut bien se garder de rompre les membranes, sous peine d'accroître les dangers et les difficultés de la délivrance. (Voyez *Délivrance*, p. 301.)

Hémorrhagie grave externe.

Dans l'hémorrhagie externe, quand l'écoulement de sang continue avec assez d'abondance pour compromettre la vie de la mère, l'avortement est par cela même inévitable, et l'accoucheur doit employer tous les moyens propres à remédier à l'hémorrhagie, quand bien même ces moyens seraient de nature à déterminer la mort et l'expulsion du produit. En effet, l'hémorrhagie est un accident qui, par son développement subit et la rapidité de sa marche, peut compromettre le plus gravement la vie de la mère et la responsabilité de l'accoucheur, et qui exige de sa part une détermination prompte et sûre, une grande prudence, et surtout un sang-froid à toute épreuve. Il devra donc insister sur les réfrigérants; mais quelle que soit la gravité de l'accident, jamais les réfrigérants ne devront être appliqués sur toute la surface du corps. On devra se borner à les employer sur les cuisses et le bas-ventre seulement, en tâchant de réchauffer, par tous les moyens possibles, les parties supérieures. En effet, on obtiendra par ce moyen une utile dérivation, et l'on concentrera vers les organes essentiels à la vie la quantité de sang nécessaire à l'entretien de leurs fonctions.

Le refroidissement complet, au contraire, peut être rapidement suivi d'un frisson mortel, et, dans tous les cas, il est accompagné d'un sentiment de douleur, d'angoisses inexprimables.

On peut administrer un lavement froid, mais les injections vaginales, de même nature, devront être proscrites ; elles ne servent qu'à délayer les caillots et à augmenter la perte, si elle était due à

une implantation du placenta sur l'orifice. A chaque instant l'accoucheur devra interroger l'état du pouls et de la face, et, si cela devenait nécessaire, l'époque de la grossesse et du travail s'opposant à ce que le produit puisse être extrait, il faut appliquer le tampon. Mais comment songer au tampon, dans le cas où on aurait rendu la perte externe, d'interne qu'elle était? Ne serait-ce pas vouloir reproduire le même accident, la *perte interne*, à laquelle on a voulu remédier en débouchant le col? Certainement oui, si l'on se contentait de tamponner sans autre précaution ; mais si l'on a soin de s'opposer à l'ampliation du ventre par l'application d'un bandage de corps serré, et de surveiller attentivement la malade, on n'aura rien de semblable à redouter.

Rappelons-nous d'ailleurs que le tampon ne doit être appliqué que lorsque l'époque de la grossesse ne permettrait pas l'extraction du produit : alors que l'utérus, en supposant qu'il se laisse distendre, ne pourra prendre qu'un petit accroissement, ou à une époque plus avancée, quand les membranes ne sont pas rompues. Cependant, si la grossesse était avancée, et que le tampon dût être appliqué après rupture des membranes, parce que le col ne peut permettre l'extraction de l'enfant sans violence, l'objection reprendrait une certaine valeur. Aussi le tampon ne devrait-il être employé, dans ce cas, qu'en exerçant, après son application, une active surveillance, et en se tenant tout prêt au besoin à pratiquer l'accouchement forcé.

Chaque auteur a conseillé un mode de tamponnement particulier : les uns veulent qu'on introduise dans le vagin un mouchoir de toile fine, en commençant par une de ses cornes, jusqu'à ce que tout le vagin soit rempli (M. Moreau); d'autres veulent qu'on introduise profondément, avec le doigt, une compresse fine, en la poussant par son milieu, et qu'on la bourre ensuite de coton, de charpie, etc. Quelques-uns recommandent aussi d'imbiber ces corps avec du vinaigre ou des liquides astringents. Le tamponnement par ces procédés est très-douloureux, et souvent il n'oblitère le vagin qu'incomplétement; après le ballon Gariel, la meilleure manière d'appliquer le tampon est, sans contredit, celle-ci : on introduit tout au pourtour du col de l'utérus un certain nombre de bourdonnets de charpie ou de coton liés par un fil qu'on retient à l'extérieur; ces bourdonnets sont graissés avec du cérat. Je me sers pour les introduire d'un speculum plein et d'une pince à tamponnement. Ce n'est pas que ces instruments soient d'une indispensable nécessité, mais ils permettent de placer le tampon bien plus exactement. Une fois le cul-de-sac du vagin bien rempli par les bourdonnets, je fourre par-dessus les fils de ces

bourdonnets, que je retiens à l'extérieur, de la charpie en assez grande quantité pour remplir le vagin, je retiens le tout à l'aide de la pince et à mesure je retire le speculum. Quand il est hors de la vulve, le vagin est exactement rempli ; il ne reste plus qu'à maintenir le tampon, à l'aide de compresses longuettes et d'un bandage en T, que l'on aura soin de serrer assez fortement.

Le tampon, ainsi appliqué, s'oppose efficacement à l'écoulement du sang.

M. le docteur Gariel a introduit dans la pratique un petit instrument bien simple, et d'une commodité, d'une efficacité telle, qu'il sera certainement préféré à tout autre moyen par les praticiens. Je l'ai déjà mis plusieurs fois en usage avec le plus grand succès. C'est un petit ballon de caoutchouc terminé par un petit tube de même matière ; ce petit ballon, privé d'air, mouillé et non graissé, roulé sur lui-même, présente le volume du pouce, et pénètre dans le vagin avec la plus grande facilité et sans qu'il soit besoin de changer l'attitude de la femme.

Une fois introduit, on le gonfle en soufflant par le tube, ou au moyen d'un insufflateur, puis on ferme l'extrémité du tube à l'aide d'un fil ou du petit robinet dont sont munis quelques-uns de ces petits appareils.

Le vagin [1] se trouve exactement rempli et l'hémorrhagie est suspendue.

Ce moyen ingénieux, en outre qu'il s'oppose bien plus efficace-

[1] Il est bon de prémunir les jeunes praticiens contre un mode d'emploi de ce moyen, conseillé par M. Diday, de Lyon, dans une notice qu'il fit paraître sur le ballon de M. Gariel, pour arrêter l'hémorrhagie après l'extraction ou l'expulsion des produits fœtaux : cette application nouvelle consiste à introduire le ballon dans l'utérus, c'est-à-dire à s'opposer, par l'ampliation du ballon, à la rétraction de cet organe, rétraction qu'il faut solliciter par tous les moyens possibles, et qui seule peut mettre fin à l'hémorrhagie. Ce conseil aurait dû suffire pour que les praticiens renonçassent, *à priori*, au ballon de caoutchouc de M. le docteur Gariel, si ce dernier ne s'était hâté de rectifier, d'après mon conseil, cette vicieuse application de son instrument.

Cette année (1860), j'ai encore constaté une circonstance qui pouvait discréditer à jamais cet instrument si nécessaire. Cette circonstance tenait à la rigidité du ballon. En effet, pour qu'il puisse remplir exactement le vagin et s'opposer à l'écoulement du sang, il faut qu'il soit très-extensible, qu'il puisse prendre avant son introduction un volume bien plus considérable que celui qui est nécessaire. Sinon l'effet est complétement manqué, j'ai vu plusieurs praticiens découragés, qui avaient abandonné cet instrument, le regardant comme insuffisant. Après que je leur eus donné l'explication que je place ici, le ballon reprit auprès d'eux toute la faveur qu'il mérite. Il faut donc exiger que les ballons *soient forcés* par le fabricant avant de les recevoir, ils ne peuvent servir utilement que lorsqu'ils ont été amenés à cet état.

ment que tout autre à l'écoulement du sang, qu'il s'applique bien plus facilement que tout autre, a encore d'autres avantages qui ont échappé à ceux qui se sont donné mission de le faire connaître : les occasions qui m'ont été offertes de l'employer dans des cas très-graves, avec mon ami M. A. Belin, m'ont révélé ses autres qualités.

Ainsi l'accoucheur qui n'a à sa disposition que les autres moyens de tamponnement recule autant qu'il le peut, peut-être plus qu'il ne le devrait, le moment de mettre le tampon en usage, et cela dans la crainte d'effrayer la femme par le changement d'attitude qu'on est obligé de lui faire subir, par l'appareil que nécessite la pose du tampon, et la douleur que détermine son introduction; tandis que le ballon Gariel s'introduisant presque à l'insu de la femme, sans changer son attitude, sans douleur, on a recours à lui bien plus tôt, et l'on empêche l'hémorrhagie de devenir aussi grave qu'elle l'aurait été sans cela.

Ajoutons que ce ballon ne détermine pas sur la vessie et sur le rectum un sentiment de ténesme aussi douloureux que les moyens ordinaires.

A côté des avantages incontestables qu'il a pour la mère, il est bien vrai que toute espèce de tampon a de grands inconvénients pour le produit, dans les cas où l'on pourrait espérer de le conserver : il irrite le col par sa présence, sollicite la réaction de cette partie sur le fond de l'organe ; l'utérus se contracte, le col s'assouplit, se dilate, et si l'hémorrhagie est arrêtée quand on enlève le tampon, on trouve l'avortement imminent. Malgré cet inconvénient, ce moyen n'en est pas moins précieux : en effet, quand l'hémorrhagie est grave, tout doit être sacrifié au salut de la mère.

Il est quelques femmes qui ne peuvent supporter quelques minutes l'application du tampon. Il détermine chez elles un sentiment de distension du vagin et de pesanteur sur le rectum, qui font de ce moyen un véritable instrument de supplice, et l'on est obligé souvent de le retirer presque aussitôt. Aussi, dans le cas d'insuffisance de ce moyen, ou lorsqu'il n'aurait pu être supporté, on se trouvera dans la nécessité de solliciter par tous les moyens possibles l'évacuation de l'organe.

Favoriser l'avortement.

La plupart des moyens que l'accoucheur se sera vu forcé d'employer pour arrêter l'hémorrhagie compromettront bien souvent la grossesse : tels sont le tamponnement, le seigle ergoté. Si donc on se voit dans la nécessité d'aider à l'avortement, il suffira, dans les premiers mois, d'insister sur l'usage de ces mêmes

moyens ; mais il faudra bien se garder de rompre les membranes pour favoriser l'expulsion du produit, si l'époque de la grossesse peut permettre l'expulsion de l'œuf entier. Suivre une conduite inverse, ce serait se créer toutes les difficultés qui viennent compliquer la délivrance, et dont je vais m'occuper dans le paragraphe suivant. Ce n'est qu'à une époque plus avancée qu'on est autorisé à pratiquer la division de l'œuf pour faciliter l'expulsion du produit, parce qu'alors, si la délivrance ne s'effectue pas, l'ampliation de l'utérus permettra à la main de pénétrer pour aller chercher le placenta.

De la délivrance dans l'avortement.

Dans les premiers mois, l'expulsion du placenta se fait très-souvent en même temps que celle du produit, et l'œuf sort alors en entier ; mais souvent les membranes se rompent sous l'influence des contractions utérines, les eaux s'écoulent, le fœtus est expulsé ; puis les contractions cessent, le col revient peu à peu sur lui-même, et le placenta se trouve retenu dans l'intérieur de la cavité de l'organe. Au bout de quelques heures, de nouvelles contractions surviennent, et l'expulsion des dépendances s'effectue. Cependant, le plus souvent, la cause qui a retenu le placenta lors du premier travail, le retient pendant plusieurs jours ; puis enfin le décollement complet a lieu, et le placenta est expulsé. Mais depuis le moment où le produit a été chassé de la cavité de l'organe, jusqu'à la délivrance définitive, un écoulement de sang plus ou moins abondant n'a cessé de se manifester. La présence du placenta dans la cavité de l'organe a entretenu cette perte, en s'opposant au retrait complet de l'utérus et en favorisant l'afflux du sang dans ses parois. Aussi l'accoucheur se voit-il souvent dans l'obligation d'aider à cette délivrance, pour soustraire la femme au danger de l'hémorrhagie, en même temps qu'il met en usage tous les moyens propres à combattre cet accident. Si le placenta est décollé, il le trouvera plus ou moins engagé dans le col de l'utérus, et deux doigts suffiront alors pour l'extraire : au besoin, il pourrait employer la pince à faux germe. On a vanté, dans ce cas, l'usage du speculum comme un moyen propre à faciliter les tentatives ; mais le sang qui s'écoule et les caillots n'en rendent pas l'usage aussi utile qu'on pourrait le croire. Si le placenta est encore adhérent, ou si la dilatation du col ne permet pas de le saisir, on ne pourra opérer la délivrance, et il faudra s'en tenir aux réfrigérants, au seigle ergoté, au tamponnement [1]. Voilà pour le cas où l'accoucheur, ayant assisté à toutes

[1] Le tamponnement peut très-bien être pratiqué dans les premiers mois, malgré

les phases de la fausse couche, a pu s'assurer par lui-même que le produit seul a été expulsé, et que la délivrance ne l'a pas été. Mais quand l'homme de l'art est appelé lorsqu'une portion de ces phénomènes se sont accomplis et qu'il n'a pu visiter les caillots, il devra rester dans le doute sur la cause de l'hémorrhagie, malgré toutes les assurances que peuvent lui donner les assistants. Si cependant le toucher lui fait reconnaître la présence du placenta, il tentera de l'extraire ; mais si le col fermé l'empêchait de constater la présence de cet organe dans la cavité utérine, quelle conduite devra-t-il tenir ? Si l'hémorrhagie est légère, comme il ignore si la fausse couche est à faire ou effectuée, et que dans le cas où elle ne serait pas faite, il peut espérer de conserver le produit, il devra s'en tenir aux moyens que j'ai indiqués (réfrigérants, laudanum, etc.) ; si elle est grave, il doit tout faire pour l'arrêter. Ainsi, il administrera le seigle ergoté, il appliquera le tampon, etc., etc., et jamais il ne tentera de forcer la résistance du col : ce serait le plus sûr moyen, à une époque aussi peu avancée, d'aggraver l'hémorrhagie, sans pour cela rendre la délivrance plus facile. Le plus ordinairement même, l'introduction des pinces ou des doigts serait impossible dans ce cas.

Quand le placenta est entièrement décollé, et qu'il est retenu dans l'utérus, souvent il n'y a plus d'hémorrhagie à craindre, mais c'est une autre série d'accidents que l'on a à combattre : l'introduction d'une petite quantité d'air dans la cavité utérine et la chaleur de cet organe ne tardent pas à amener une rapide putréfaction du délivre ; les lochies deviennent fétides, et tous les phénomènes de la résorption putride se déclarent. Il faut combattre ces accidents par des injections, et des antiseptiques à l'intérieur.

Les injections vaginales seront faites avec une décoction de quinquina concassé, 1 à 3 grammes pour 100 grammes d'eau, ou avec le chlorure de sodium, une cuillerée pour 100 grammes d'eau.

A l'intérieur, on donnera la décoction de quinquina sucrée et acidulée (eau commune, 1 litre ; quinquina concassé, de 15 à 30 grammes ; eau de Rabel, de 2 à 4 grammes) ; des potions avec l'acétate d'ammoniaque, à la dose de 1 à 2 grammes pour 100 grammes d'infusion aromatique ; et, s'il survient des symptômes nerveux, on administrera le camphre en pilules, à la dose de 30 à 60 centigrammes, ou le musc, à la dose de 10 à 20 centigrammes.

la rupture des membranes, sans qu'on ait la crainte que la perte interne que l'on substituera à une externe soit grave. Le peu de développement que présente l'utérus met à l'abri de cette crainte.

Mais il faut insister surtout sur l'emploi du seigle ergoté, et, si cela était possible, déterger l'utérus par des injections émollientes, poussées doucement à l'aide d'une canule, et souvent répétées.

J'ai bien des fois fait usage de ces injections, et toujours avec un succès complet, excepté dans un seul cas, mais sans aucun accident qui puisse leur être attribué. Dans une circonstance où je les mis en usage, avec M. Félix Hatin, chez une boulangère de la rue de Constantine très-gravement atteinte, après la première injection la fièvre de résorption, les frissons, les étourdissements, furent immédiatement modifiés ; le pouls, à 130, baissa à 90. Après la quatrième ou cinquième, la malade, qui ne pouvait se tenir à son séant, qui ne pouvait prendre aucun aliment, prit elle-même un bouillon, et quelques jours après elle était à son magasin. La curette de M. Récamier, dont j'ai parlé plus haut, serait aussi, dans ce cas, d'une heureuse application. Je puis affirmer que ce procédé, mis en œuvre par cette main si habile, avait été d'un usage tout à fait inoffensif chez quelques femmes que j'ai pu accoucher depuis à terme.

Quelquefois cependant, dans ces cas rares, le placenta peut être entraîné en déliquium ou résorbé petit à petit, sans que ces accidents si graves se manifestent. Des exemples de cette résorption sont cités dans les auteurs. La petitesse du placenta dans les premiers mois permet très-bien d'admettre la possibilité de sa résorption; mais le développement qu'il a acquis à un terme avancé, s'il n'exclut pas entièrement cette possibilité, doit cependant rendre ce phénomène extrêmement rare, et presque toujours, dans ce dernier cas, il doit s'accompagner des symptômes les plus graves[1], que l'on devra tâcher de prévenir par tous les moyens d'extraction conciliables avec le salut de la mère. C'est assez dire que toutes les fois que la fausse couche s'effectuera à un terme où la main peut pénétrer dans l'utérus, l'extraction du placenta devra être faite, et, avant le terme, il faudra se servir des pinces à faux germe d'une petite baleine très-unie introduite courbée en double et non pliée, dont on tourne les deux extrémités restées dehors plusieurs fois sur elles-mêmes, afin d'engager le placenta ou les débris dans l'anse contenue dans l'utérus. Ce procédé de mon invention m'a rendu souvent grand service, une fois entre autres sous les yeux de M. le professeur Jobert de Lamballe; enfin le procédé de M. Récamier pourra être mis en œuvre.

[1] Voyez, pour plus de détails, l'excellent livre de M. le docteur Maigne : *Du toucher, considéré sous le rapport des accouchements.* Paris, 1839, in-8.

CHAPITRE V.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

On appelle *accouchement prématuré* l'expulsion du produit, depuis l'époque de la viabilité jusqu'à terme. La plupart des causes qui peuvent déterminer l'avortement peuvent aussi produire l'expulsion du produit viable avant terme.

La marche de cet accident est d'autant plus régulière et elle se rapproche d'autant plus de ce que l'on observe à terme, que la grossesse est plus avancée ; mais avant le huitième mois et demi, les modifications du col nécessaires à l'accomplissement du travail normal ne se sont pas accomplies ; sa marche présente alors quelques irrégularités. Ainsi la première période du travail pendant laquelle s'accomplit la dilatation du col utérin sera plus longue qu'à terme ; le col épais doit, avant de se dilater, s'effacer complétement, et cet effacement demande un temps souvent très-considérable, et ne peut s'effectuer que sous l'influence de douleurs énergiques, qui s'accompagnent souvent d'un mouvement fébrile.

Une fois la dilatation effectuée, la seconde période d'expulsion sera bien plus rapide qu'à terme, ce qui s'explique par le peu de développement du produit.

C'est à l'aide des mêmes moyens conseillés pour arrêter l'avortement qu'on parvient à enrayer un travail prématuré[1].

Quant aux soins que la femme réclame, ils sont les mêmes que

[1] Le docteur Rafaele a communiqué, au dernier congrès scientifique d'Italie, l'observation d'une femme lymphatico-nerveuse qui, dans neuf grossesses consécutives, a constamment et périodiquement mis au monde un fœtus mort, au terme de huit mois et demi. Cette terminaison fâcheuse était annoncée un mois à l'avance par une toux sèche ; néanmoins les mouvements du fœtus restaient forts et fréquents jusqu'à huit mois et demi environ qu'ils commençaient à devenir plus rares et plus faibles ; puis, vers le quatrième jour, la malade éprouvait un froid très-intense, signe presque certain de la mort du fœtus. Une heure après il survenait une réaction fébrile, et le fœtus était expulsé sans trop de douleurs dans l'espace de vingt-quatre heures.

Il est inutile de rapporter ici les nombreux moyens employés par l'auteur, dans les deux dernières grossesses, pour conjurer ce dénoûment fatal, puisqu'ils furent inutiles. Le fœtus était bien développé et bien nourri; mais le placenta, hypertrophié, était infiltré par une énorme quantité de sérosité; les arborisations vasculaires en étaient dures, tendues comme des cordons et ossifiées en quelques points. Cet état du placenta explique bien la circonstance de l'accouchement avant terme ; mais il n'explique point la mort du fœtus. L'auteur ne sait donc à quelle cause attribuer cette dernière dans le cas singulier qu'il vient de rapporter.

dans l'accouchement à terme; seulement, l'expulsion de l'enfant se faisant ordinairement avec plus de rapidité, il sera bon de retarder la dernière expulsion pour éviter l'inertie de l'utérus, qui résulterait de sa déplétion trop brusque.

CHAPITRE VI.

RUPTURES DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE [1].

« Les ruptures de la matrice, pendant qu'elle contient le produit de la conception, constituent un des plus graves accidents de la grossesse et de l'accouchement ; elles ont pour résultat ordinaire la perte de la mère et celle de l'enfant. Les faits qui attestent que l'un ou l'autre, et à plus forte raison tous deux ont pu échapper aux dangers que cet accident leur fait courir, sont excessivement rares. Cependant les faits heureux suffisent du moins pour ne pas faire désespérer de la puissance conservatrice de la nature et des ressources de l'art.

« Les ruptures de la matrice doivent être distinguées, pendant la grossesse, en celles qui résultent de l'action immédiate de corps vulnérants et en ruptures proprement dites. »

§ 1. — Ruptures accidentelles par l'action de corps vulnérants.

« La matrice, à partir du troisième mois de la grossesse, dépassant le détroit supérieur, se trouve accessible aux causes vulnérantes extérieures. Cet organe peut en outre être atteint par ces agents à travers le vagin et le rectum.

« *Piqûres.* — Les piqûres ne sont pas les moins dangereuses des lésions de l'utérus, elles ont pour conséquence ordinaire l'écoulement des eaux de l'amnios, la blessure du fœtus et l'avortement, ou bien elles développent des accidents secondaires non moins redou-

M. Rafaele se demande ensuite ce qu'il y aura à faire si cette femme redevient enceinte. Comme il est probable que ce ne sera que pour mettre au monde un dixième cadavre, il pense que l'accouchement prématuré artificiel serait parfaitement indiqué dans ce cas et présenterait d'autant plus de chances de bon résultat, que le fœtus reste vigoureux et plein de vie jusqu'au delà du huitième mois. (*Annali universali di medicina.*)

[1] Presque tout cet article est extrait de l'ouvrage si remarquable de F. Duparcque (*Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée*, Paris, 1839, in-8.), couronné par la Société médicale d'émulation de Paris.

tables pour la mère, comme le prouve le fait suivant : Une femme, acculée contre un mur par un cabriolet, est piquée au côté gauche par un clou situé derrière cette voiture. La douleur qu'elle éprouve est supportable, mais des eaux mélangées de sang s'échappent en jet par la piqûre. Quinze jours après l'accident, l'écoulement cesse ; il survient des convulsions, des hoquets, des vomissements, enfin la mort. A l'autopsie, on trouva que le clou avait pénétré jusqu'à l'enfant, et l'avait blessé au milieu de la fosse sous-épineuse droite ; la cavité utérine renfermait encore beaucoup d'eau, et l'ouverture faite à ses parois présentait un bourrelet inflammatoire très-épais qui avait 8 centimètres de diamètre en tous sens[1].

« *Plaies pénétrantes.* — On trouve dans les auteurs des observations curieuses de déchirures de l'utérus pendant la grossesse : déchirures produites le plus ordinairement par les cornes d'un taureau. Tantôt le fœtus est subitement expulsé par la plaie, comme dans le fait relaté par Sue [2] : l'enfant vécut un mois, la mère mourut au bout de trente-six heures; et comme dans celui que rapporte Deneux [3], dans lequel l'enfant seul succomba huit jours après, la mère étant parfaitement rétablie au bout de six semaines.

« D'autres fois la plaie n'est pas assez grande pour laisser passer le produit de la conception, et l'on a dû agrandir l'ouverture pour l'extraire, ainsi qu'il est arrivé dans les cas publiés par Schmucker [4]. La femme guérit aussi complétement en moins de quarante jours. »

Ces faits permettraient d'inférer que les plaies de l'utérus larges, et par arrachement surtout, n'offrent par elles-mêmes que peu de gravité, et qu'elles ne sont funestes que par les accidents qui viennent les compliquer du côté du péritoine, etc. Que de plus ces plaies, par elles-mêmes, seraient beaucoup moins à redouter que les piqûres des parois utérines faites à travers les parois abdominales. Quant aux piqûres qui n'intéresseraient que l'utérus seul, je crois qu'elles ne doivent pas être rangées tout à fait dans la même catégorie. La science fournit des exemples nombreux de simples ponctions utérines par le vagin, qui n'ont pas été suivies d'accidents graves. Cette ponction est même conseillée dans les cas d'hydropisie considérable de l'amnios dans lesquels la vie de la mère est compromise. Scarpa [5] la regarde même comme peu grave, quand les parois abdo-

[1] Planchon, *Traité de l'opération césarienne.* Paris, 1808, in-8.

[2] *Essais historiques, critiques et littéraires sur l'art des accouchements.* Paris, 1779, 2 vol. in-8.

[3] *Essai sur la rupture de la matrice pendant la grossesse et l'accouchem.* Paris, 1804.

[4] *Mélanges de chirurgie*, ancien journal de médecine, t. XLVI, p. 354.

[5] Traduction par P.-J. Cabaret, 1844, *Journal des connaissances médico-chirurgicales.*

minales ont été aussi intéressées. Mais j'avoue que je ne partage pas du tout cette opinion, et que je me range de tout point à celle de M. Duparcque.

Traitement.

Quand le produit a été chassé par la plaie, les indications sont les mêmes qu'après l'opération césarienne. Si celle-ci est trop étroite pour laisser sortir l'enfant, il convient de l'agrandir suffisamment comme l'a fait Schmucker. Mais si la plaie résultait d'une simple piqûre, la conduite doit varier suivant la nature des accidents qui se présentent. Calmer d'abord les accidents nerveux, prévenir par des applications froides l'hémorrhagie, l'engorgement sanguin local, l'inflammation consécutive ; combattre les accidents par un traitement antiphlogistique énergique ; enfin, dans le cas où la vie de la mère serait immédiatement menacée, provoquer l'accouchement par les voies naturelles.

§ 2. — Ruptures proprement dites du corps de l'utérus pendant la grossesse (Duparcque).

L'état de gestation donne de la souplesse aux parois utérines ; elles acquièrent une extensibilité progressive, indépendante de l'expansibilité vitale qui contribue aussi à accroître la capacité de l'organe. L'extensibilité se trouve contre-balancée par la résistance organique des parois utérines, résistance qui varie en raison de la ténacité de la fibre utérine et de l'épaisseur des parois de l'organe. Ce sont ces deux propriétés opposées, comme le fait remarquer M. Duparcque, qui donnent aux parois de l'organe la faculté de céder ou de résister dans certaines limites aux causes qui tendent à les distendre, et par suite à les rompre, soit en agissant de dehors en dedans, ou de dedans en dehors.

En général, l'extensibilité ne peut résister aux causes qui agissent lentement : ainsi on voit fréquemment des grossesses multiples ou compliquées d'hydrométrie, dans lesquelles l'organe est énormément distendu, parvenir jusqu'à terme. D'autres fois, la fibre utérine, moins extensible, plus contractile, réagit sur le produit et l'expulse ; d'autres fois, enfin, les parois de l'organe ne se prêtant qu'avec peine à cette distension, et privées du degré de résistance nécessaire pour réagir sur l'enfant, se déchirent.

Causes et mécanisme des ruptures de l'utérus pendant la grossesse.

Parmi ces causes, les unes sont externes, elles agissent par com-

pression sur l'utérus; les autres agissent de dedans en dehors, par distension ou par pression directe.

La compression peut être médiate, c'est-à-dire qu'elle peut s'exercer à travers les parois abdominales ; ou immédiate, quand elle dépend de la compression de l'utérus par les parois du ventre ; cette cause est celle qui de toutes agit le plus rarement.

Ruptures par causes externes ou comprimantes médiates.

Soumis à une forte compression, l'utérus se rompt, éclate, comme le ferait une vessie remplie d'eau, dans les mêmes circonstances. Cette rupture a lieu par un contre-coup, c'est-à-dire dans un endroit plus éloigné de ceux sur lesquels la cause a agi ; mais, ce n'est presque jamais vers le segment inférieur de l'utérus que cette rupture s'effectue, parce que cette partie est en général douée d'une plus grande résistance que le reste des parois de l'organe ; résistance indispensable pour que la grossesse puisse aller jusqu'à terme, mais qui aussi est d'autant moindre que la grossesse est plus avancée : ce segment inférieur est d'ailleurs soutenu par les fosses iliaques et le pubis.

La paroi antérieure ne se rompt presque jamais, parce qu'elle est soutenue par le corps compresseur ; il en est de même de la paroi postérieure qui est appuyée sur la colonne vertébrale : aussi cette rupture a presque toujours lieu vers les côtés et le fond, parce que ces parties manquent de soutien. On comprend cependant que les degrés différents d'antéversion et d'inclinaison droite ou gauche plus ou moins prononcée peuvent faire varier le siége de cette rupture.

La résistance qu'opposent les parois utérines à la pression n'est pas égale chez toutes les femmes ; il en est dont la matrice solide, résistante, se laisserait plutôt broyer avec son contenu que de céder. Alors, dans ce cas, la partie de l'organe qui supporte la violence se trouve gravement offensée. La contusion, la meurtrissure, et l'inflammation qui en résulte, prédisposent l'utérus aux ruptures consécutives.

Chez d'autres femmes, la souplesse extrême de la matrice, mais seulement quand l'utérus contient une très-petite quantité de liquide, permet à cet organe de fuir au-devant des violences exercées sur l'abdomen, et d'y échapper. Ainsi on a vu des femmes, sur le ventre desquelles passa une voiture sans que l'utérus en fût affecté gravement. Il n'en est pas de même des enfants; ils supportent presque tout l'effort, et leur vie est le plus ordinairement compromise.

M. Duparcque a pu observer un cas de cette nature chez la femme d'un sommelier, qui fut frappée au ventre par l'angle d'un panier

de blanchisseuse : elle fut prise de douleurs dix jours après l'accident ; mais le volume de la tête mettant obstacle à l'accouchement, on fit appeler M. Duparcque, qui put extraire, au moyen du forceps, un enfant hydrocéphale qui présentait en outre un *spina-bifida*, et qui offrait à la fesse droite une plaie circulaire à bords irréguliers de plus d'un pouce de diamètre, avec attrition sphacéleuse des parties molles, jusqu'à la fosse iliaque. La main, introduite dans l'utérus pour opérer la délivrance artificielle, put constater qu'il n'existait ni plaie, ni ramollissement, ni cicatrice, ni amincissement de cet organe.

On a quelquefois vu, dans les cas de compression médiate de l'utérus, la rupture des membranes s'opérer seule, sans que l'organe ait été compromis, ou bien ces membranes s'allonger dans le vagin sans se rompre.

Enfin, si les membranes sont plus résistantes que le tissu de l'utérus, et dans le cas où ni l'engagement, ni la rupture de l'œuf n'aurait lieu, il peut arriver que l'utérus déchiré permette à l'œuf intact de passer en partie dans la cavité péritonéale, ou même en totalité quand la grossesse est peu avancée.

La tunique péritonéale de l'utérus peut seule se rompre sans solution de continuité de la matrice. On en trouve des exemples dans Ramsbotham, Francis, White, Clarke, etc., cités par M. Duparcque. Enfin ces violences peuvent seulement déterminer le décollement du placenta et l'avortement. M. Duparcque l'a observé. Une de ses sœurs fit au sixième mois de sa grossesse une chute sur le ventre, et malgré un écoulement de sang assez abondant, et qui dura quelques jours, l'accouchement n'eut lieu qu'à terme. L'enfant, qui ne présentait guère que le développement d'un fœtus de six mois, ne vécut que huit jours ; le placenta, au contraire, très-développé, présentait près de 6 pouces de diamètre et 8 à 10 lignes d'épaisseur ; la face utérine de cet organe présentait une plaque blanc mat de 2 pouces de diamètre, de 1 ligne d'épaisseur, au-dessous de laquelle la partie correspondante du placenta paraissait atrophiée. M. Duparcque regarde avec raison cette lésion comme le résidu fibrineux du sang épanché entre le placenta et l'utérus, au moment de la chute.

Causes comprimantes immédiates ou produites par l'action des parois abdominales.

Il est bien difficile d'admettre que la compression de l'utérus à l'état sain, compression exercée par les parois abdominales, dans un effort, un accès de toux, d'éternument, de convulsions, puisse dé-

terminer la rupture; la possibilité de ce fait ne peut être admise à mon sens que dans le cas où l'organe est le siége d'altérations qui ont diminué sa résistance. C'est aussi l'avis de M. Duparcque, qui cite à l'appui de cette opinion un exemple bien remarquable de rupture de l'utérus au quatrième mois, avec causes prédisposantes, et à la suite d'un violent accès de colère.

Ruptures de l'utérus par distension et par pressions directes internes.

La réplétion de la cavité de l'amnios, et, par suite, la distension de l'utérus, peuvent être si considérables, que les parois de l'organe cèdent sous l'effort d'expansion du liquide amniotique. Cette cause et les mouvements brusques du produit, mouvements exécutés toujours vers le même point de l'utérus, ne détermineront jamais un accident aussi grave, à moins que les parois utérines ne soient malades.

Effet des ruptures proprement dites de l'utérus pendant la grossesse.

La mort du fœtus suit de plus ou moins près l'accident : elle peut résulter de la secousse que la cause de la rupture de l'utérus lui fait éprouver, de la compression des parois utérines, du décollement du placenta.

La mère succombe quelquefois presque instantanément comme foudroyée. Mais, le plus ordinairement, la mort n'arrive pas immédiatement, elle n'est que la conséquence de la péritonite déterminée par les épanchements qui se sont faits dans la cavité abdominale, ou, quand il ne s'est pas fait d'épanchements, elle n'arrive pas aussi rapidement, et résulte de l'inflammation des bords de la division de l'utérus lui-même, et des désordres profonds occasionnés par cette inflammation.

Enfin, la femme peut recouvrer la santé, quoique cela soit fort rare. J'ai été témoin d'un fait de guérison rapide, chez une femme accouchée à la Maternité, et chez laquelle la rupture, qui s'était effectuée spontanément, fut constatée par madame Legrand et par M. P. Dubois.

M. Duparcque cite aussi plusieurs cas de guérison, entre autres un des plus curieux publié par M. Rochard [1], dans lequel l'utérus s'étant rompu par le fait d'une chute violente, et l'enfant, au terme de sept mois, ayant passé dans la cavité péritonéale, la femme redevint enceinte et accoucha d'un enfant très-bien portant treize mois après l'accident, le 8 décembre, puis le 8 mars suivant, le produit

[1] *Journal de médecine.* Paris, 1756, t. V, p. 422.

et le placenta passés dans la cavité péritonéale s'échappèrent à la faveur d'un abcès qui se forma à l'ombilic. La femme se rétablit parfaitement.

Dans un autre cas, observé par le docteur Lecieux [1], l'enfant était passé dans la vessie : la malade guérit aussi.

Une femme enceinte, déjà mère de trois enfants vivants, sentit parfaitement jusqu'au neuvième mois les mouvements du fruit qu'elle portait, lorsqu'à cette époque elle fut soulevée par les habits sur les cornes d'un taureau qui la rejeta contre terre. A la suite des meurtrissures que cet accident avait causées, il se développa, conjointement avec des accidents nerveux très-remarquables, une douleur fixe dans la région hypogastrique en même temps qu'il y eut un écoulement assez considérable de sang par les parties génitales. On put facilement reconnaître la présence d'un fœtus à travers les téguments du ventre. La moitié droite de l'abdomen, plus saillante que la gauche, devint bientôt très-douloureuse, et tandis que la métrorrhagie s'amenda graduellement, trois semaines après l'accident on vit se former un abcès au dessus de l'ombilic. A l'incision il s'en évacua un fœtus presque à terme, du sexe féminin et en voie de putréfaction, et quelques restes du placenta déjà en décomposition. Le cordon ombilical adhérait encore à la paroi interne de l'abdomen et s'évacua plus tard par voie de suppuration. La femme fut guérie en cinq semaines [2].

Signes des ruptures utérines pendant la grossesse.

On a dit que la rupture utérine qui s'effectue à la suite de l'amincissement des parois de l'organe peut avoir lieu sans causer une douleur bien appréciable. M. Duparcque, qui n'admet pas que cette rupture puisse être uniquement le résultat de l'amincissement, pense que la femme doit toujours éprouver une douleur plus ou moins vive au moment où la rupture a lieu sous l'influence d'une cause violente occasionnelle. Cette douleur, d'abord très-aiguë, est immédiatement suivie d'évanouissement, de syncopes, du tremblement des membres ; et bientôt elle se change en un sentiment d'engourdissement.

Cette douleur subite s'accompagne souvent d'un bruit de craquement, que les assistants mêmes peuvent quelquefois entendre.

Quand la grossesse est avancée, et que la crevasse de l'utérus a laissé échapper tout ou partie de ce qu'il contient, la région hypo-

[1] *Bulletin de la Société médicale d'émulation*. Paris, 1822, p. 477.
[2] *Prag. Vierteljahrs*, 1848, XVIII, *Annal*. S. 76.

gastrique s'affaisse subitement, et l'on sent, dans une fosse iliaque ou l'autre, l'utérus globuleux rétracté. Cependant on comprend que l'abondance de l'épanchement sanguin dans la cavité péritonéale puisse masquer ces caractères en développent l'abdoman.

Quant au déplacement du produit, apprécié à travers la paroi abdominale, il ne prouve pas que ce déplacement même soit dû à la rupture utérine.

Le toucher au contraire permettra de constater que les parties fœtales senties, soit à travers le col utérin, soit à travers le segment inférieur de l'utérus, ont quitté ce segment inférieur. Dans ce cas, le toucher rectal rendra quelquefois manifeste la présence du produit hors de la cavité utérine.

Les mouvements violents, convulsifs de l'enfant, suivis d'une immobilité complète, ont encore été donnés comme signes de rupture utérine. Il en est de même de l'écoulement sanguin par la vulve. Ces symptômes, que tant d'autres circonstances peuvent produire, n'ont qu'une valeur incertaine.

L'épanchement sanguin dans le péritoine, succédant aux autres signes de la rupture utérine, constitue au contraire un des meilleurs signes confirmatifs de cette rupture.

Mais, que cet épanchement ait lieu, soit avant, soit après l'apparition de ces signes, on voit se manifester des spasmes variés, des vomissements, le pouls se déprime, les lipothymies, des syncopes plus ou moins prolongées surviennent, enfin des convulsions, au milieu desquelles la mort arrive.

Toutefois il faut savoir qu'avant que les accidents aient pris cette gravité, et lorsque l'accident est borné à la rupture seule, immédiatement après la rupture, un calme trompeur peut survenir, la femme peut reprendre ses habitudes, sans ressentir d'incommodité notable, et cela pendant plusieurs heures, plusieurs jours même.

Traitement des ruptures de l'utérus.

Le traitement varie, suivant que l'accident est survenu dans les premiers mois de la grossesse, ou dans les derniers mois, et dans l'un et l'autre cas, suivant que le produit, ses annexes et les liquides, ont ou non passé dans la cavité péritonéale.

La grossesse est peu avancée. Tout porte à croire que le produit est encore contenu dans la cavité utérine et que l'épanchement est peu considérable.

Repos absolu, et dans une situation telle que la rupture occupe la partie la plus élevée; compression méthodique sur la crevasse même,

application de la glace; le siége de la douleur indiquera le lieu où s'est effectuée la rupture, et permettra de remplir ces deux dernières indications. La saignée, les opiacés devront être mis en usage.

Dans le même cas tout ou partie du contenu de l'utérus est passé dans la cavité péritonéale.

Outre les moyens indiqués ci-dessus, il faut s'attacher à combattre, par tous les moyens connus, l'hémorrhagie qui est la conséquence sans contredit la plus grave de la rupture utérine ; la compression de l'aorte, si le développement du ventre ne s'y oppose pas, est certainement le moyen le plus efficace pour arriver à ce but. On y adjoindra les révulsifs, les frictions sur les points éloignés de la rupture.

L'état général des forces réclame aussi l'attention du praticien; si elles sont trop épuisées, on devra les relever par quelques légers toniques, pour favoriser une réaction excentrique si nécessaire.

Il est un moyen qui laisserait peut-être plus de chances encore si l'on osait le tenter, ce serait la gastrotomie. Mais on recule généralement devant la crainte d'assumer sur soi, par une opération chanceuse, la responsabilité, que l'ignorance, les préjugés, l'envie et la jalousie font peser sur le praticien qui ne réussit pas!

Si l'on a été assez heureux pour éviter ou arrêter l'influence immédiatement mortelle de ces premiers accidents, le médecin doit s'attacher à combattre d'autres accidents consécutifs non moins redoutables : l'inflammation et ses conséquences ; il usera des saignées, d'abord générales, puis locales, des applications fraîches sur l'abdomen, des révulsifs extérieurs, des quarts de lavements frais, etc., etc.

A l'aide de ce traitement, on réduit l'inflammation à un degré juste favorable à la formation d'une pseudo-membrane kystoïde, qui doit isoler les corps épanchés dans la cavité péritonéale, et l'on gagne quelquefois, ainsi, le temps plus ou moins éloigné où la nature manifeste l'intention de se débarrasser de ces corps, ou indique elle-même le lieu le plus favorable pour en opérer l'extraction.

La grossesse est déjà avancée; elle a atteint ou dépassé le sixième mois, l'enfant est présumé viable. On espère, d'après les symptômes, que rien de bien notable, soit en liquide, soit des parties fœtales, ni de ses annexes, n'est passé dans la cavité péritonéale.

La conduite à tenir est la même que dans le cas précédent. Mais de plus, pour peu que l'état du col utérin le permette, même dût-on forcer sa résistance, il faudrait pénétrer dans l'utérus, pour extraire le produit par les voies naturelles. Tel est le procédé que M. Duparc-que-mit en usage dans un cas semblable.

Si le col opposait trop de résistance, on devrait le débrider au moyen

du bistouri, à moins qu'il n'ait encore trop d'épaisseur. Car dans ce cas les incisions n'augmentent guère plus sa dilatation que l'introduction graduelle et méthodique des doigts.

Si le col était mince, tranchant au contraire, les incisions favoriseraient singulièrement sa dilatation.

Enfin, si le col ne pouvait être atteint, l'incision devrait être pratiquée par le vagin sur la paroi antérieure et inférieure de l'utérus (*hystérotomie vaginale*).

Tout ou partie du contenu utérin est passé dans l'abdomen.

Pénétrer par les voies naturelles, si cela est possible ; aller à la recherche des parties fœtales et de leurs annexes à travers la crevasse, et les extraire complétement; opérer par la même voie l'issue des caillots et des liquides épanchés; enfin, réduire les intestins s'ils s'étaient engagés dans la cavité utérine.

Je raisonne dans la pensée que le col et la crevasse de l'utérus permettent l'introduction de la main, ou que cette crevasse est tenue béante par quelques parties fœtales à demi engagées, ce qui est le plus ordinaire. Dans le cas contraire, la gastrotomie serait seule praticable.

Voyez le même accident pendant le travail.

CHAPITRE VII.

DE L'ÉTAT DE SOUFFRANCE DE L'ENFANT PENDANT LA GROSSESSE, DES CAUSES DE CET ÉTAT, ET DES MOYENS DE LA RECONNAITRE.

ARTICLE Ier.

PLÉTHORE LOCALE.

Le ralentissement des mouvements actifs de l'enfant est déterminé souvent par la pléthore locale. Dans ce cas, une petite saignée suffit pour faire cesser ce phénomène inquiétant : s'il persiste malgré la saignée, on doit redouter une cause plus grave, *une affection qui menacerait la vie de l'enfant* dans le sein maternel. Mais comment diagnostiquer cette affection, et que faire pour y remédier? Une compression du cordon *par des circulaires placés autour du cou ou des membres du fœtus, ou déterminée par des nœuds du cordon,* donne lieu au même phénomène, le ralentissement des mouvements

actifs, et s'accompagne aussi de diminution dans le nombre des pulsations du cœur.

Une grande habitude et une grande attention peuvent seules permettre de faire ces appréciations. Le fait suivant, à cause de la précision du diagnostic, mérite d'être cité pour encourager les jeunes praticiens :

Nœud du cordon ayant entraîné la mort de l'enfant; volume considérable de celui-ci; prolongation du terme de la grossesse; petite incision oblique du périnée chez la mère primipare, âgée de trente ans. — Madame de C... est ramenée de la campagne, enceinte de sept mois et en proie, depuis le commencement de sa grossesse, à des accidents hystériformes; les mouvements les plus légers la font tomber dans des demi-syncopes, qui se prolongent plusieurs heures; elle ne peut rester qu'étendue, et doit recevoir ses aliments d'une main étrangère; l'effort même qu'elle fait pour les porter à sa bouche renouvelle les accidents. La constitution de cette dame est essentiellement nerveuse et lymphatique; elle fait habituellement un usage immodéré d'éther inspiré.

Une rémittence bien marquée dans les accidents permit de modifier cet état à l'aide du sulfate de quinine; les bains, les amers, le fer, un régime analeptique, firent le reste. L'état de la malade devint, en quelques semaines, assez bon pour qu'elle pût manger seule, marcher et jouir de la société de ses amis. Cet état tenait de l'hystérie et de l'extase. Je ne fais que le signaler à cause de sa singularité, sans toutefois établir de corrélation avec les faits importants qui font surtout le sujet de cette observation.

Depuis l'époque où les mouvements de l'enfant s'étaient manifestés pour la première fois, ces mouvements étaient successivement devenus de plus en plus rares et de moins en moins perceptibles, même pour la mère. La famille attribua cette particularité aux accidents convulsifs de madame de C... ; mais M. A. Désormeaux, médecin de la malade, et moi, nous fûmes loin de partager cette pensée. L'auscultation ne me donnait, pour les battements du cœur, que 135 à 140 pulsations par minute ; il était donc démontré pour moi qu'une circonstance, quelle qu'elle fût, nuisait à l'intégrité des rapports circulatoires qui unissent la mère et l'enfant.

Était-ce un état de pléthore locale? Cela était probable. Aussi une petite saignée fut-elle pratiquée, et contrairement à ce qui arrive toujours en pareil cas, les mouvements de l'enfant restèrent aussi peu actifs et aussi rares.

Cette première circonstance écartée, nous ne pouvions attribuer ces accidents à de l'état chlorotique; car tout avait été mis en usage

pour modifier chez cette dame cet état chlorotique, particulier aux femmes grosses, si fréquemment confondu avec la pléthore. Avions-nous affaire là à des épanchements sanguins qui, s'organisant dans le placenta, et formant de petits noyaux qui envahissent le tissu de cet organe, le rendent impropre à remplir ses fonctions ? ou bien cette gêne mécanique dans le phénomène de l'hématose fœtale était-elle due à une compression du cordon ? Quelle que fût la cause de cette compression, c'était l'opinion la plus probable; mais définir cette cause, et surtout y remédier, semblait impossible.

Cette pensée s'accordait, du reste, très-bien avec la lenteur et la rareté des mouvements de l'enfant. On sait, en effet, que toute gêne mécanique de l'hématose amène ce résultat.

Madame de C... était arrivée au huitième mois et demi ; l'enfant était parfaitement viable, mais sa vie pouvait être compromise avant son expulsion sans qu'il fût possible de prévenir cette fâcheuse conséquence. Un seul moyen pouvait le soustraire à ce danger, l'accouchement prématuré artificiel. J'en fis la proposition, j'en expliquai les motifs ; M. A. Désormeaux se joignit à moi pour persuader la famille; mais ce fut en vain. A terme, nous renouvelâmes nos instances, car l'état de l'enfant était loin de s'améliorer, et une espèce de pressentiment nous disait qu'il fallait se hâter ; nouveau refus. Il fallut nous résigner à attendre. Déjà madame de C... avait dépassé son terme de trois semaines, en supposant que la conception eût eu lieu huit jours après la dernière époque. Et cependant aucun phénomène précurseur du travail n'apparaissait; mais les mouvements de l'enfant cessèrent tout à coup. Informé de cette circonstance, j'auscultai; les bruits du cœur avaient aussi cessé. La veille encore ils s'étaient un peu accélérés, et battaient 148 pulsations par minute; aujourd'hui le silence le plus absolu. Pendant les huit jours qui suivirent, tous les symptômes qui signalent la mort de l'enfant se manifestèrent : perte d'appétit, sensation d'un poids inerte dans l'abdomen, légère réaction fébrile laiteuse, puis affaissement des seins, etc. Enfin, à dix mois bien constatés par l'époque de la cessation des règles, madame de C... n'ayant jamais eu de retard, constatés aussi par l'époque où la sensation des mouvements actifs fut perçue (quatre mois et demi), fut prise des premières douleurs, le soir à cinq heures, et elle accoucha dans la nuit. L'enfant, d'un volume extraordinaire, bien en rapport avec cette prolongation de terme, était mort ; l'épiderme commençait déjà à s'enlever par places. Et la cause de tous ces phénomènes si regrettables n'était qu'un nœud du cordon : d'abord lâche, il n'avait que peu gêné l'hématose fœtale ; mais, à mesure qu'il s'était développé, il s'était

étreint de lui-même, à ce point que la circulation de l'enfant au placenta, et *vice versâ*, avait été interrompue. Tout se trouvait alors expliqué, et la lenteur des mouvements actifs, et la prolongation du terme. Si l'on eût fait l'accouchement prématuré en temps utile, l'enfant aurait vécu ; la pauvre mère, enceinte pour la première fois à trente ans, n'aurait pas vu s'évanouir ses espérances si chèrement achetées, et le chagrin n'aurait pas déterminé chez elle une affection probablement incurable.

L'accouchement ne fut pas long; mais la dernière expulsion fut des plus pénibles, et fut cependant spontanée, malgré le volume considérable et l'irréductibilité de la tête de l'enfant. Le périnée, très-résistant, et par cela même très-friable, se serait rompu si je n'avais eu la précaution de faire une petite incision sur un des côtés, incision qui s'étendit obliquement, et assez, toutefois, pour que la cicatrisation complète ne se fît qu'au bout de deux ou trois semaines. En général, cette petite incision s'étend peu, et vingt-quatre ou quarante-huit heures suffisent pour la cicatriser.

La prolongation du terme s'explique très-bien par l'état de torpeur de l'enfant; la matrice, manquant de cette espèce d'excitamentum qu'elle reçoit de la part des mouvements actifs, n'a pas été sollicitée à se contracter au temps voulu.

Le nœud du cordon ombilical est un accident dont on ne trouve que de rares exemples chez les auteurs. Notre honorable collègue M. Jacquemier[1] dit qu'il est facile d'apporter des exemples bien concluants de mort survenue par la constriction d'un nœud du cordon. Burns [2] pense, d'après Baudelocque [3], que ces nœuds ne peuvent être serrés au point d'arrêter la circulation.

La mort de l'enfant qui fait le sujet de ce mémoire ne prouve que trop la possibilité de ce fait. Mauriceau[4] dit avoir rencontré sept fois ce nœud du cordon; mais il ne parle que d'un enfant vivant, sans dire quel fut le sort des six autres.

Le journal *l'Obstétrique* (octobre 1842) contient une observation où le nœud du cordon avait déterminé la mort de l'enfant. Le *Journal de médecine de Bordeaux* (février 1849) en contient une, observée par M. le docteur Philippe Passot, dans laquelle la vie de l'enfant fut compromise par deux nœuds du cordon.

[1] *Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées*, Paris, 1846, t. I, p. 427.

[2] *The principles of midwifery*. London, 1843, p. 146.

[3] Page 255.

[4] *Maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris, 1740, in-4. Observation 133.

Maintenant M. Jacquemier admet, avec les auteurs qui se sont occupés de cette question, que, dans les cas où ces nœuds sont fatals à l'enfant, cela dépend de ce que l'enfant, par ses mouvements, serrerait ces nœuds en tirant sur le cordon. Je suis loin de partager cette explication. Comment supposer, en effet, que l'enfant puisse, à une époque avancée de la vie intra-utérine, avoir assez de liberté d'action pour tirer par son poids sur ce cordon? Cette constriction du cordon s'opère, non par serrement, par traction, mais bien parce que le cordon, en se développant, en augmentant de grosseur, se trouve, à un moment donné, étranglé par son propre nœud.

ARTICLE II.

MORT DU FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE.

Les phénomènes qui succèdent à la mort du fœtus pendant la grossesse se distinguent en ceux qui s'observent du côté de la mère et ceux qui s'observent du côté de l'enfant.

1° Ceux qui se manifestent chez la mère portent sur la matrice ou sur l'état général.

Du côté de la matrice. — Le premier phénomène qui se présente, c'est l'arrêt du développement de l'utérus, qui a lieu parce que le fœtus ne croît plus, et parce que la solidarité qui existe entre la matrice et l'enfant a cessé. Il y a pourtant des exceptions : on les rencontre lorsque le produit est frappé de mort dans les premiers mois de sa vie intra-utérine, et elles tiennent à ce que le placenta continue à se développer.

Plus tard, on voit le ventre diminuer, et cela par le fait de la résorption d'une partie du liquide amniotique. Une autre circonstance moins commune se présente enfin : c'est le ramollissement du segment inférieur de la matrice, et l'on est tout étonné de la facilité avec laquelle l'enfant est quelquefois expulsé. Ce phénomène n'est cependant pas constant.

A partir du moment où le fœtus a cessé de vivre, on observe un phénomène fort curieux, qui consiste en ce qu'à des époques variables l'utérus se contracte sans que les femmes en aient la conscience, car ces contractions ne sont pas douloureuses. Ces contractions se manifestent aussi chez les femmes dont l'enfant n'a éprouvé aucun accident, mais elles sont plus rares et moins prononcées.

Après la mort du produit, les adhérences utéro-placentaires di-

minuent considérablement, et ce fait, joint à la continuation de la circulation dans la matrice et aux contractions dont nous venons de parler, explique les pertes auxquelles sont exposées les femmes qui portent un enfant mort.

Quand le fœtus a cessé de vivre, les vomissements s'arrêtent : ce fait est assez fréquent. Les seins se tuméfient, et il y a sécrétion laiteuse comme si l'accouchement avait eu lieu. Il est des femmes chez lesquelles ce symptôme est peu prononcé, et d'autres chez lesquelles il manque. L'auréole du sein pâlit, les tubercules papillaires s'affaissent. On observe quelquefois du trouble dans la santé, la fièvre, la perte d'appétit, la faiblesse, etc. Cependant cette altération de la santé n'est rien moins que commune, à moins pourtant qu'il n'y ait putréfaction du fœtus, cas qui ne se manifeste que lorsque les membranes sont rompues ou seulement décollées. Alors l'air entre dans la matrice, les membranes se putréfient, et cette décomposition peut donner lieu au trouble dont parlent les auteurs.

2° *Du côté de l'enfant.* — Les mouvements actifs ne sont plus perçus, le fœtus perd la faculté de se soutenir au milieu du liquide amniotique, et la femme perçoit les mouvements passifs de son enfant, mouvements dont, on le sait, elle n'a pas conscience tant que celui-ci est encore vivant. La circulation cesse dans le fœtus et dans la portion du placenta qui sert à la circulation fœtale. La circulation placentaire maternelle perd aussi probablement, par la suite, une partie de son activité. Le fœtus reste d'abord quelque temps sans éprouver de changement, mais ensuite il subit une sorte de décomposition ; ses différentes parties se ramollissent, et lorsque, après l'accouchement, on le place sur une table, il s'affaisse ; la peau est rougeâtre, violacée parfois, et plus tard l'épiderme se détache en débutant par le ventre. Il est probable qu'avant de se détacher l'épiderme commence à être soulevé par de la sérosité. Évidemment la peau ne se dénude pas également vite partout; il y a plus de résistance à la paume des mains, à la plante des pieds, etc. La tête se déforme, et les os de cette partie deviennent très-mobiles, circonstances qui rendent le diagnostic de la présentation et des positions plus difficile ; il y a épanchement de sérosité sous le cuir chevelu, qui se décolle; les cheveux se détachent avec l'épiderme; le cerveau est mou, diffluent, rouge lie de vin, et s'écoule par l'incision des membranes : parfois le centre reste blanc (fait important pour la médecine légale). La poitrine contient une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent, et, malgré la décomposition qu'ils ont subie, les poumons ne surnagent jamais, ils

vont toujours au fond du vase. Les intestins et le foie sont parfois atrophiés; mais ce cas est rare, et ne se voit pas lorsque l'enfant n'est resté que deux ou trois semaines dans le sein de sa mère, après avoir été frappé de mort. Les vaisseaux sont presque privés de sang, et il semble que la sérosité sanguinolente, qu'on retrouve partout, vienne du sang des vaisseaux. Cet état n'indique pas le moins du monde que l'enfant est mort d'hémorrhagie. Les eaux de l'amnios sont teintes de sang ou de méconium, et sont résorbées en partie. Le cordon est œdématié vers le milieu, et présente un épanchement séro-sanguinolent. La place qu'occupe cette œdématie s'explique par la position en anse du cordon; le placenta, dans certains cas, est très-gros, ce qui tient à la continuation du développement de cet organe après la mort de l'enfant. Cette particularité ne s'observe que lorsque l'enfant meurt dans les premiers temps de sa vie intra-utérine; car, en général, on le trouve moins perméable, blanchâtre, diminué de volume, et comme desséché.

L'enfant mort dans le sein de sa mère devient corps étranger, et doit nécessairement être expulsé. Mais rien n'est aussi variable que l'époque à laquelle l'accouchement s'effectue dans ces circonstances; cependant il résulte d'un bon nombre de faits observés par M. P. Dubois, que la moyenne du séjour de l'enfant dans l'utérus après sa mort est de quinze jours à trois semaines.

CHAPITRE VIII.

DE LA GROSSESSE COMPLIQUÉE D'ASCITE OU DE TUMEURS ENKYSTÉES DE L'OVAIRE [1].

L'un des plus graves accidents qui puissent quelquefois venir se joindre à la grossesse, soit à son début, soit vers le milieu de sa durée, c'est sans contredit une collection très-abondante de sérosité dans le péritoine ou dans une tumeur ovarique, surtout s'il y a en même temps, ce qui n'est pas rare, hydropisie de l'amnios. Lorsque l'une ou l'autre de ces circonstances existe, la distension du ventre pendant les premiers mois de la grossesse fait des progrès tellement rapides, qu'outre les incommodités assez marquées qu'elle produit, telles que la tuméfaction excessive des membres inférieurs,

[1] Extrait du mémoire de A. Scarpa, traduit par P. J. Cabaret, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, octobre 1844.

elle met la malade dans un état d'anxiété inexprimable et de suffocation imminente, par le fait de la compression que les viscères abdominaux refoulés exercent sur les poumons et le cœur.

Lorsque la suffusion séreuse se forme en dehors de la matrice, la complication est beaucoup plus grave que dans le cas d'hydropisie amniotique, où la nature, comme je l'ai dit, se charge souvent de guérir la maladie en mettant fin à la grossesse, et où l'intervention est facile. L'ascite, au contraire, réclame constamment les secours de l'art. Scarpa cite, à cette occasion, une observation dans laquelle il pratiqua la ponction abdominale avec un plein succès. La malade était sur le point de suffoquer.

La perforation de la paroi abdominale, ajoute Scarpa, que j'ai pratiquée dans l'hypochondre gauche, entre le sommet du côté externe du muscle droit et le bord des cartilages des fausses côtes, peut paraître au premier abord dangereuse ; on changera de manière de voir, lorsqu'on aura attentivement examiné toutes les circonstances de ce fait, puisqu'en percutant l'hypochondre gauche relevé et proéminent, le choc des eaux était perçu, à une petite profondeur, sous la peau. Les gens de l'art ont démontré en outre que la position du fond et du corps de l'utérus, au commencement du sixième mois de la grossesse, relativement à la situation des viscères abdominaux repoussés vers le sommet du bas-ventre et ensuite vers le diaphragme, oblige les eaux répandues dans la cavité du ventre à se rassembler supérieurement en grande quantité, dans la région des hypochondres.

En confirmation de cette vérité, il suffit de jeter les yeux sur la planche de Hunter [1], dans laquelle on voit distinctement le corps et les côtés de l'utérus, dans l'état de grossesse, appliqués à la paroi antérieure de l'abdomen et à celle des flancs, pendant que le fond de ce viscère repousse en haut et d'avant en arrière, c'est-à-dire de l'ombilic vers le diaphragme, une portion des intestins grêles, le côlon transverse avec l'épiploon, l'estomac, le foie, la rate, parce que ces viscères rencontrent là une résistance moins grande que dans les autres points du bas-ventre.

Les eaux amassées dans l'abdomen de la femme enceinte ne peuvent, par conséquent, se réunir en plus grande abondance que vers le fond et les parois postérieures de la matrice, c'est-à-dire dans la région des hypochondres, et surtout dans celui du côté gauche, parce que la rate occupe moins d'espace que le foie. C'est pour cela qu'il convient de faire la ponction vers ce côté, car on y risque beaucoup moins de léser l'utérus, que partout ailleurs.

[1] *De utero gravido*, tab. VIII.

Chez une pauvre dame, de la rue Albouy, nous fûmes forcés, M. Dichary et moi, de faire deux fois la ponction pendant la grossesse; toutes les fonctions étaient entravées par une accumulation considérable de liquide dans des tumeurs multiloculaires de l'ovaire gauche. La ponction, chaque fois, amena un soulagement marqué; la grossesse parvint à terme, l'accouchement se fit seul et avec une très-grande rapidité, les suites de couches furent heureuses; mais malgré un traitement énergique, dirigé par M. Velpeau, la collection s'est reproduite plus abondante que jamais, deux nouvelles ponctions ont été faites, et l'état de la malade inspire les plus vives inquiétudes.

Les eaux épanchées dans la cavité abdominale ou dans l'ovaire étant évacuées, s'il n'y a pas hydropisie de l'amnios, la grossesse peut parcourir ses périodes. Si l'hydropisie de la matrice existe, cela peut encore avoir lieu, à moins que l'utérus, par consensus, ne soit excité à chasser hors de sa cavité le liquide qu'il contient, ou à moins que l'état de souffrance de la malade n'oblige à rompre les membranes.

Diagnostic. — Dans l'ascite aiguë associée à la grossesse, la forme régulière du fond de l'utérus ne peut être reconnue que très-rarement, et cela à cause de la distension des parois abdominales; le volume du ventre, qui n'est pas en rapport avec l'époque présumée de la grossesse, sa forme, la fluctuation si manifeste, permettent d'établir l'existence de l'ascite, et de la distinguer aussi de l'hydropisie de l'amnios. De plus, la fluctuation, qu'on ne sent pas dans la grossesse ordinaire, est ici manifeste; les urines sont rares, blanchâtres et troubles; la soif est continue. Dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, les symptômes sont les mêmes; seulement on sent manifestement une tumeur volumineuse, souvent anfractueuse, qui est distincte de l'utérus, tumeur dans laquelle on sent aussi la fluctuation.

AFFECTIONS DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE[1].

Dès qu'une grossesse s'est manifestée, coïncidant avec une dégénérescence du col de l'utérus, il convient, dans l'intérêt de la mère et du produit, de ne pas abandonner tout traitement; car, livrées à elles-mêmes, ces affections prendraient un accroissement qui, avant la fin de la grossesse, pourrait compromettre la vie de la mère, et par suite celle de l'enfant, ou tout au moins la grossesse seule. En effet, le surcroît d'activité que la grossesse imprime à la circulation utérine précipite la marche de ces affections, et quoiqu'on ne puisse

[1] *Bulletin thérapeutique.*

guère espérer que le traitement amènera la cure de ces maladies, il ne faut pas moins le mettre en usage pour ralentir leur marche dans l'intérêt même de la grossesse.

Mais il est aussi d'une indispensable nécessité de renoncer à l'usage de quelques moyens usités dans certaines de ces affections ; l'excision, la cautérisation au fer rouge, même avec le nitrate d'argent, ou le nitrate acide de mercure ; car ces moyens sont de nature à mettre en action la contractilité organique de l'utérus, qui est l'agent principal de l'expulsion du produit.

Des sangsues ne devront jamais être appliquées sur le col, ou au voisinage de l'utérus ; mises en grande quantité, elles peuvent déterminer la mort du produit, et par suite son expulsion ; en petite quantité, elles détermineraient la congestion de l'utérus et les conséquences de cette congestion, l'hémorrhagie et l'avortement.

On s'en tiendra donc à l'usage des styptiques en applications et en injections, le sulfate d'alumine, etc., suivant la nature de l'affection et les accidents auxquels elle donne lieu ; en bains de toute nature, bains de siége, mais presque frais, malgré l'aversion d'un chirurgien justement célèbre pour ce moyen.

Il va sans dire que la petite saignée révulsive, si fort en usage dans ces cas, ne pourra qu'être avantageuse pour le maintien de la grossesse ; il en est de même des narcotiques.

Pour les polypes et les tumeurs fibreuses pédiculées, leur ablation ne devra jamais être pratiquée qu'après l'accouchement ; quel que soit le procédé mis en usage, il compromettrait bien souvent la grossesse. Ce n'est que dans un cas de nécessité absolue, lorsqu'une hémorrhagie grave menace la vie de la mère, qu'il faut se décider à cette ablation, et seulement au moyen de la ligature ; l'excision, en effet, ne ferait qu'accroître l'hémorrhagie.

Des accidents qui peuvent résulter de ces affections pendant la grossesse. — Affections du col. — L'*avortement* et l'*accouchement prématuré* peuvent être la conséquence de ces affections : le plus ordinairement cependant, comme cela résulte des observations que nous possédons, la grossesse parcourt ses périodes, même dans les cas où le col de l'utérus est le siége d'affections graves ; ce résultat est dû à la rigidité du col, qui se rencontre si souvent dans ces cas, rigidité qui, s'opposant à la dilatation de l'orifice, constitue souvent, à terme, une cause de dystocie sérieuse ; mais qui, par la même raison, fait que l'orifice ne se prête que difficilement à se laisser dilater avant terme. Cette circonstance pourra, à terme, compromettre le salut de la mère et celui de l'enfant, mais elle devient la sauvegarde de ce dernier pendant la grossesse.

L'avortement peut être causé, dans ce cas, par le défaut de résistance du col. — Quelques affections du col de l'utérus peuvent, en altérant sa consistance, le rendre plus facilement dilatable, et déterminer l'avortement ou l'accouchement prématuré; telles sont les tumeurs fongueuses, les végétations; mais cela est rare. C'est dans ces cas, surtout, qu'indépendamment des autres moyens que la grossesse permet de mettre en usage, le laudanum, administré en lavements, donnera les résultats les plus satisfaisants.

L'avortement peut être causé par l'hémorrhagie. — Ces tumeurs peuvent encore déterminer l'avortement par suite des pertes de sang qu'elles occasionnent quelquefois, et alors, ou le produit peut périr victime de ces pertes, si elles sont considérables, et l'enfant devenu corps étranger doit être expulsé; ou bien les moyens qu'on est obligé de mettre en usage pour arrêter ces pertes, réveillant la contractilité organique de l'utérus, peuvent déterminer l'expulsion du produit vivant, mais qui cesse de vivre s'il n'a pas dépassé le terme de la viabilité.

Je n'ai pu trouver qu'un cas où l'hémorrhagie devient mortelle pour la mère et l'enfant avant terme : celui de M. Horteloup, communiqué à la Société de médecine du deuxième arrondissement, et sur lequel je reviendrai avec détail. Je ne crois pas cependant que ce fait puisse être le seul où on ait observé ce déplorable résultat; celui de Martin le jeune et de M. Rey, de Lyon [1], ne s'y rapporte pas entièrement, mais il s'en rapproche beaucoup. L'enfant seul périt victime de l'hémorrhagie, la femme succomba à la suite d'une rupture utérine. Dans certains des cas cités par madame Lachapelle (pages 368 et suivantes), l'hémorrhagie s'est manifestée dès les premiers mois de la grossesse, a duré jusqu'à terme, mais n'a pas empêché la grossesse de parcourir ses périodes; ou si l'avortement a eu lieu, ç'a été avec ou sans hémorrhagie, mais sans que la vie de la mère ait été compromise avant terme.

Ces pertes peuvent donc être assez considérables pour compromettre aussi directement les jours de la mère, et pour faire croire, comme je l'ai dit, à l'insertion anormale du placenta sur l'orifice ou dans son voisinage. En effet, la grossesse, par suite du surcroît d'activité qu'elle imprime à la circulation utérine, accroît le volume de ces tumeurs et leur disposition à l'hémorrhagie, en y déterminant un afflux sanguin considérable.

On combattra avec avantage ces pertes, si elles sont *légères,* par

[1] *Mémoire de médecine et de chirurgie pratique*, 1835, p. 282.

les styptiques en injections ou en applications, les petites saignées révulsives, etc.

Mais si l'hémorrhagie était grave, ce qui est rare, et qu'on eût la crainte que, par suite de la répétition des accidents, la vie de la femme ne fût sérieusement compromise, toute considération devrait disparaître devant une nécessité aussi impérieuse, et, quelque préjudice que les moyens employés pussent causer au produit, il ne faudrait pas moins y recourir, quand on aurait usé inutilement de ceux qui sont compatibles avec la conservation de la grossesse, d'autant plus que les hémorrhagies elles-mêmes causeraient bien souvent la mort de l'enfant.

Si, malgré l'usage de ces procédés, la mort de la mère est inévitable, on aura du moins, en agissant en temps utile, la consolation de sauver quelquefois l'enfant. Le premier des deux faits que j'ai déjà signalés à cette occasion, a été communiqué à la Société de médecine du deuxième arrondissement, par M. Horteloup. Je n'en donne ici que la substance. Madame T. de Saint-M., âgée de trente-six ans, devint grosse en 1841 pour la septième fois. Au deuxième mois elle éprouva des étourdissements et de légères pertes journalières qui devinrent ensuite plus considérables. Madame T. estimait à peu près à deux palettes la quantité de sang perdu chaque jour soit en urinant, soit en allant à la garde-robe ; les étourdissements cessèrent. Ces pertes éloignaient toute idée de grossesse dans l'esprit de chacun, lorsque madame T. affirma qu'elle sentait remuer (quatre mois et demi). Pendant les trois mois qui suivirent, les pertes continuèrent, la malade s'affaiblit, s'infiltra; c'est dans cet état que la vit pour la première fois M. Horteloup, le 1er juillet.

M. Horteloup s'assura de la grossesse par l'auscultation, prescrivit du sirop de grande consoude ; le 20 juillet, il fut appelé au moment d'une perte beaucoup plus abondante que les précédentes, toucha la malade et reconnut alors que les pertes étaient dues à la présence d'une vaste tumeur cancéreuse occupant tout le vagin, molle et saignante au moindre contact. M. Horteloup porta le pronostic le plus grave. La perte se modéra sous l'influence de la glace et des injections froides ; mais le 26 juillet, quelques jours après, une hémorrhagie abondante détermina subitement la mort de la malade.

L'ouverture ne permit de constater rien autre chose que pendant la vie, si ce n'est que *le fœtus était parfaitement développé, gras, avait des cheveux et des ongles.* N'est-il pas permis de penser que dans ce cas l'accouchement prématuré artificiel aurait au moins pu sauver l'enfant avant la mort de la mère ? je le crois; aussi je suis convaincu que si notre confrère eût été mandé en temps utile, et si la

soudaineté de la mort, sur laquelle il ne devait pas compter aussitôt, ne l'en eût empêché, il aurait pris ce parti.

Dans la discussion à laquelle ce fait donna lieu à la Société de médecine du deuxième arrondissement, quelques voix se sont élevées pour combattre l'accouchement prématuré artificiel, que je proposais dans ce cas ; elles alléguaient l'énorme responsabilité qui pèse sur l'accoucheur en pareille circonstance, et trouvaient tout simple qu'elle fît reculer l'homme de l'art. Elles citèrent les procès intentés aux médecins dans des cas analogues.

Comment ! quand une chance de salut, bien minime il est vrai, reste à la mère ; quand cette chance permet de sauver presque sûrement le produit, devra-t-on la laisser échapper, et vouer à une mort certaine les deux individus confiés à vos soins, dans la crainte d'engager sa responsabilité ? Mais s'il en était ainsi, l'homme de l'art devrait être arrêté, par cette considération, en face des opérations les plus simples, la saignée même, dont les conséquences peuvent être quelquefois si fâcheuses ; et si encore il lui fallait, pour pratiquer l'accouchement prématuré, la sanction de quelques notabilités obstétricales, où en seraient réduits les populations et les médecins éloignés des grandes villes?

Le médecin ne doit prendre, en pareil cas, conseil que de la nécessité, et quand bien même il ne pourrait se mettre à couvert sous le patronage d'hommes spéciaux, assisté de quelques confrères qui viendront courageusement prendre leur part de responsabilité, seul même, si les moments le pressent, il devra agir : s'il succombe, que lui restera-t-il ? sa conscience.

Quant aux polypes, aux tumeurs enkystées du col, aux tumeurs fibreuses, ce n'est qu'au moment du travail que leur influence peut se faire surtout sentir. Cependant, il se pourrait qu'un polype de nature friable, saignante, comme on en rencontre quelquefois, donnât lieu à des hémorrhagies compromettantes pour la mère et l'enfant, et qu'on fût dans la nécessité de le lier pour l'extraire. Merriman enleva par la ligature un polype qui avait le volume de la tête d'un fœtus de six mois; la femme accoucha un mois après à terme et spontanément. Mais à moins d'une nécessité absolue, on devra toujours remettre l'extraction de ces tumeurs, extraction qui ne doit être faite que par la ligature, à une époque où l'utérus a repris son volume et ses conditions normales, c'est-à-dire après les six semaines qui ont suivi l'accouchement et après la réapparition des règles. Les tumeurs enkystées du col n'ont, pendant la grossesse, qu'un intérêt purement de diagnostic. Ce sont elles qui souvent ayant passé inaperçues et s'étant rompues tout à coup, ont fait

croire à la rupture des membranes et à un accouchement prochain.

Les affections du corps de l'utérus peuvent, plus souvent que les précédentes, compromettre la grossesse avant terme, tels sont les engorgements squirrheux, les polypes et les tumeurs enkystées du corps jointes ou non aux affections du col dont nous nous sommes occupés. Telles sont encore les tumeurs fibreuses interstitielles du corps de l'utérus. En effet, les affections du corps de l'utérus s'opposent à l'accroissement physiologique des parois de cet organe et le constituent dans une révolte ouverte et permanente contre la grossesse ; les douleurs vives perçues dans la totalité de la matrice, constantes le plus ordinairement, tendent sans cesse à déterminer l'issue du produit. On combat avec avantage ces accidents à l'aide des grands bains, des petites saignées révulsives du bras, des embrocations narcotiques et huileuses sur l'abdomen, et surtout des lavements laudanisés. Les tumeurs interstitielles, celles qui se sont développées sous le péritoine peuvent aussi compromettre la vie de la femme et par suite la grossesse, non pas directement, mais quand, après s'être enflammées, elles deviennent le siége d'abcès. M. Duparcque, page 15, cite de ce fait trois observations hors l'état de grossesse. M. Amédée Forget cite aussi à cette occasion, dans son excellent travail, l'opinion de Bayle et de Lisfranc, sur les évolutions pathologiques dont les polypes peuvent devenir le siége, et le fait de M. Barnetche de Bordeaux, où cet accident ne s'est manifesté qu'après un accouchement laborieux.

D'autres fois l'organe, profondément altéré dans sa constitution intime, ne jouit plus d'une assez grande énergie de contractilité pour réagir sur le produit, et la fausse couche n'a pas lieu ; mais la fibre utérine inerte, ne pouvant ni s'accroître facilement, comme cela a lieu dans l'état normal, ni se laisser distendre, trop friable pour résister, se déchire sous l'influence du plus léger effort.

M. Duparcque, dans son remarquable *Traité des ruptures utérines*, signale cette cause de rupture, et cite plusieurs faits à l'appui. Mme Lachapelle cite aussi un fait de rupture spontanée de l'utérus dans des circonstances semblables [1].

L'observation de Mme Boivin en serait encore une preuve.

Enfin, M. Martin le jeune, de Lyon [2], vit cette rupture se produire à cinq mois, une partie du corps et le col entier étaient squirrheux.

[1] Tome III, p. 158.
[2] *Loco citato*, p. 280.

CHAPITRE IX.

SOINS RELATIFS A LA GROSSESSE.

—

La femme enceinte est plus excitable, plus sensible que celle qui est dans l'état de vacuité. Elle doit donc être soustraite aux variations atmosphériques qui pourraient déterminer chez elle les affections aiguës des poumons : la toux, comme je l'ai dit, est d'ailleurs une cause fréquente d'avortement.

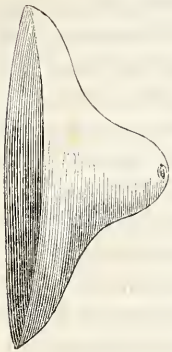


Fig. 101.

Elle devra faire usage d'un corset sans baleine pour soutenir les seins et l'abdomen, sans les comprimer.

Si elle doit nourrir, il sera bon de lui conseiller de porter de bonne heure des bouts de sein de buis ou de caoutchouc, dans lesquels le mamelon puisse se loger (fig. 101) : c'est un moyen d'éviter l'aplatissement des mamelons, de favoriser leur saillie. L'enfant éprouvera beaucoup moins de peine à saisir le sein ainsi disposé par avance. Elle devra aussi, un mois avant d'accoucher, mettre sur le bout des seins un peu de coton imbibé de rhum ou d'eau-de-vie, pour endurcir le mamelon et prévenir les crevasses.

Elle doit éviter la course, cesser de danser, et il va sans dire qu'elle ne doit ni faire de gymnastique, ni monter à cheval.

Dans les soins de propreté, elle devra éviter les bains, les ablutions et les lavements trop chauds.

Les bains ne devront avoir que 20 à 30 minutes de durée. La femme enceinte ne doit jamais se mettre au bain sans être accompagnée, son état la disposant plus qu'à l'ordinaire aux syncopes. Elle devra être recouverte de linges chauds à sa sortie pour éviter d'être prise d'une toux qui peut, par les secousses qu'elle détermine, amener des contractions prématurées.

Jamais elle ne devra mettre ses pieds à l'eau : cette toilette des pieds ne doit être faite qu'à l'aide d'ablutions tièdes.

Si la constipation ne cédait pas aux lavements simples, les laxatifs légers doivent être seuls employés, l'huile de ricin, la limonade gazeuse purgative.

Enfin, elle évitera l'usage des voitures, surtout dans les premiers temps, et pour le cas où elle serait obligée d'y aller, elle devra faire usage d'un coussin élastique à air ; elle fuira les réunions nombreuses, les secousses physiques et morales. On devra lui recommander un exercice modéré, sans fatigue. Les bains de mer peuvent être permis ; ceux de rivière seront d'un bon usage, mais la femme ne devra pas nager.

Ce qu'il y a de plus raisonnable à faire pour une femme enceinte, c'est de ne pas voyager : les voyages entraînent après eux une foule de causes de fatigue, d'accidents, qui peuvent être très-préjudiciables ; cependant, la femme dont la santé exigera un changement d'air, ou qui par nécessité s'éloignera de chez elle, devra 1° ne pas s'étendre en voiture, avoir un coussin élastique comme je l'ai dit, et si en chemin de fer, elle éprouvait ce mouvement appelé de *lacet*, mouvement de va-et-vient de droite à gauche, qui *disloque* les reins suivant l'expression, si significative, employée par quelques femmes pour exprimer le malaise qu'elles éprouvent, elle devra se placer de côté, alors le mouvement n'agira plus latéralement, mais d'avant en arrière et il sera sans inconvénient. Pour monter et descendre des voitures, la femme devra être soutenue convenablement.

Les voyages en mer devront être interdits, à cause du mal de mer, qui est tant à craindre en pareil cas.

L'alimentation de la femme sera saine et abondante ; on ne lui permettra pas de faire un usage exclusif des aliments peu nutritifs que son goût la porte à choisir ; mais cependant il ne faut pas l'en priver tout à fait.

Ainsi, on peut lui permettre de manger de la salade, des fruits, de prendre un peu de café. Mais on devra lui interdire formellement l'usage trop répété des liquides spiritueux.

Et il ne faut pas croire que cette précaution doive être prise seulement avec les femmes du peuple. J'ai connu des femmes appartenant à la classe la plus élevée de la société qui, dans l'état de vacuité, ne buvaient que de l'eau, et auxquelles on était obligé de faire cette recommandation dans leur grossesse.

Quant aux rapports conjugaux, il y aurait inconvénient à les interdire comme l'ont fait quelques médecins. D'abord ce conseil serait bien rarement suivi, même s'il était nécessaire de s'y conformer, il est démontré, d'ailleurs, que des rapports modérés avec réserve sont sans nul inconvénient et que l'abstinence au contraire pourrait en avoir.

CHAPITRE X.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES MALADIES.

Plusieurs maladies surviennent, se suspendent ou disparaissent pendant la grossesse : telles sont la céphalalgie, l'odontalgie, les névralgies faciales, dont je me suis occupé. J'ai vu à la Clinique, chez une nommée Aglaé Masson, un goître, développé sous l'influence de la grossesse, augmenter pendant l'accouchement, et disparaître petit à petit après la couche.

D'autres maladies existantes avant la conception, et qui n'avaient jusqu'alors présenté que peu de gravité, deviennent souvent très-fâcheuses sous l'influence de la grossesse ; quelques-unes, légères, disparaissent complétement. J'ai vu souvent, quoi qu'on ait dit, la phthisie se modifier pendant le cours de la gestation, et faire place, en apparence, à la santé la plus parfaite ; mais cet effet, le plus souvent, n'est que momentané. Après l'accouchement les symptômes marchent de nouveau, avec une rapidité effrayante, vers une terminaison funeste.

M. Ch. Dubreuilh, de Bordeaux, a présenté à l'Académie un mémoire sur l'influence de la grossesse sur la phthisie le 2 octobre 1849.

Dans les observations réunies par M. Dubreuilh, on voit que la phthisie s'est déclarée, ou du moins qu'elle s'est caractérisée dans les trois premiers mois de la gestation. Quatre femmes paraissaient jouir d'une excellente santé au moment de la conception, tandis que les huit autres (le mémoire renferme treize observations) présentaient déjà depuis un temps plus ou moins long quelques symptômes plus ou moins suspects. Contrairement aux prévisions qu'on devait avoir, d'après les idées reçues, on vit dans tous les cas les accidents, loin de s'amender, se caractériser davantage et la phthisie se confirmer. Dans aucun des faits présentés par M. Dubreuilh, comme dans aucun de ceux que M. le rapporteur a recueillis lui-même, on n'a vu la grossesse exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire le pouvoir suspensif qu'on lui a si généralement attribué. Loin de là, elle a plutôt joué le rôle tantôt d'une cause déterminante, tantôt celui d'une circonstance aggravante.

TROISIÈME PARTIE

DE L'ACCOUCHEMENT.

De l'accouchement.

On appelle *accouchement*, l'expulsion spontanée ou l'extraction artificielle du fœtus viable et de ses annexes à travers les organes maternels, qui se modifient à cet effet et reprennent ensuite à peu près leur état primitif.

L'accouchement a reçu différentes dénominations. Quand il s'effectue en vertu des seuls efforts de la nature, quelles qu'en soient les conséquences pour la mère et l'enfant, il est dit *spontané;* quand cet accouchement spontané est heureux pour la mère et pour l'enfant, on l'appelle *naturel*. L'accouchement est dit *laborieux*, *artificiel*, toutes les fois qu'il ne peut s'accomplir sans l'intervention de l'art. Enfin, suivant l'époque de la grossesse à laquelle il a lieu, on le nomme encore accouchement *prématuré*, accouchement à *terme*.

Dans l'espèce humaine, la durée de la gestation est ordinairement de neuf mois ou *deux cent soixante-dix jours*. Cependant, ce terme n'est pas rigoureux ; et des fœtus peuvent naître avant cette époque viables et forts : tandis que d'autres, ayant dépassé ces neuf mois, sont nés faibles et à peine viables.

Naissances précoces ou tardives.

Deux circonstances peuvent déterminer les naissances précoces et les naissances tardives :

1° Le fœtus, quoique n'étant pas parvenu à terme, peut avoir cependant acquis un développement et une perfection d'organisation qui le rendent apte à vivre de la vie extra-utérine, avant l'époque fixée par la nature, et alors il est expulsé avant terme.

Il est facile de différencier cette expulsion de l'accouchement prématuré qui résulterait d'une autre cause, par l'appréciation de cette cause elle-même, par la force du produit et par la perfection de ses organes.

2° Le développement du fœtus peut être incomplet, quoique à terme, et alors il devient nécessaire que la grossesse se prolonge, pour que le produit puisse atteindre son degré de perfection.

Ces deux phénomènes sont déterminés par cette propriété qu'a l'utérus, d'acquérir, avant la fin du neuvième mois, les conditions

qui lui permettent de se contracter et d'expulser un fœtus dont le développement est prématuré, ou bien, au contraire, de n'atteindre ces modifications qu'après le terme, afin que l'organisation du produit puisse se perfectionner. C'est ce que la raison ne peut s'empêcher d'admettre, et c'est aussi ce que prouvent les expériences faites sur les animaux. Ne voit-on pas, en effet, les femelles d'animaux domestiques, chez lesquelles il est toujours facile de constater l'époque de l'imprégnation, mettre au monde des petits, forts et volumineux, quelques jours avant terme, et sans qu'une autre cause que la perfection du produit ait pu déterminer cette expulsion. Ne voit-on pas aussi des petits êtres expulsés bien après le terme, parce qu'ils n'avaient pas atteint le degré de perfection nécessaire. Chez les vaches, par exemple, qui portent neuf mois comme la femme, ces variations sont extrêmement sensibles : quelques-unes ont vêlé trente et quelques jours avant terme; d'autres, trente jours après [1]. Pourquoi l'espèce humaine ne serait-elle pas soumise aux mêmes irrégularités ?

On objecterait en vain les difficultés qui s'opposent, chez la femme, à la constatation de ces faits que l'analogie suffirait à faire admettre; car ils sont prouvés par les exemples nombreux qu'on en trouve dans les auteurs, et, entre autres, par celui qui a été cité par Désormeaux, d'une femme folle et gardée à vue, qui n'accoucha qu'à neuf mois et quinze jours.

Quand l'enfant est né faible, on peut croire que la femme a eu un retard ou deux avant de devenir enceinte. Mais quand les enfants sont forts, comme je l'ai observé souvent quand la grossesse a paru dépasser le terme de 270 jours, on peut raisonnablement admettre que ce terme a été dépassé.

Le docteur Rob [2] a aussi rapporté plusieurs de ces faits, intéressants à d'autres titres ; en voici l'extrait :

Une femme qui avait eu un commencement de travail prématuré se trouvait sur un bâtiment qui fit naufrage ; elle fut tant tourmentée par la crainte de voir périr un de ses enfants, qu'elle courut de tous côtés et fit tous ses efforts pour le sauver; les douleurs utérines se calmèrent sur-le-champ et la femme n'accoucha que 332 jours après la dernière époque menstruelle. — Une femme âgée de 34 ans, mère de plusieurs enfants, croyait, d'après ses calculs, accoucher le 5 juin 1851 : vers la fin du septième mois, elle assista à une soirée de magnétisme et rentra chez elle dans un tel état de malaise et

[1] Pour de plus amples détails, voyez Velpeau, *Traité d'accouchements*, 2e édition. Paris, 1835, t. I, p. 382.

[2] *Union médicale*, 8 juin 1858.

d'excitation qu'elle envoya chercher son médecin, persuadée qu'elle allait accoucher prématurément; il n'en fut rien et en quelques jours elle se rétablit complétement. L'époque de l'accouchement se passa, et le 20 juillet, c'est-à-dire après six semaines complètes, elle accoucha avec les fers d'un enfant pesant dix livres et quatre onces : le volume du placenta correspondait à celui de l'enfant. Les enfants qu'elle avait eus auparavant ne pesaient que sept livres. — Une autre femme âgée de 44 ans croyait accoucher au commencement du mois d'octobre 1840, ayant eu sa dernière époque menstruelle en décembre ; peu de temps avant le terme de sa grossesse, elle avait entendu parler d'une dame de sa connaissance qui avait eu un accouchement très-laborieux, et depuis ce moment elle était très-tourmentée pour sa couche ; chez cette femme les premières contractions utérines se présentèrent longtemps après l'époque qu'elle avait calculée, c'est-à-dire le 20 novembre, et le lendemain elle accoucha avec les fers d'un enfant mort pesant neuf livres huit onces. — Enfin, l'auteur cite un autre cas dans lequel le retard a eu lieu sans qu'il y eût de cause appréciable. Une femme de 26 ans avait déjà fait trois fausses couches ; à une quatrième grossesse elle avait encore été menacée du même accident ; enfin elle accoucha le 15 février 1857 d'un enfant pesant dix livres onze onces : la dernière époque menstruelle avait eu lieu le 1er avril 1856, c'est-à-dire 327 jours avant. Enfin, l'auteur ajoute qu'il a observé que le poids excessif de l'enfant semble correspondre avec le prolongement de la grossesse.

La loi aussi a dû intervenir dans cette question, et elle a déclaré qu'après le trois-centième jour, ou le dixième mois, la légitimité de la naissance pouvait être contestée par le mari.

TITRE PREMIER

De l'accouchement spontané à terme.

L'expulsion spontanée du produit est une fonction très-complexe, où l'on doit distinguer théoriquement deux ordres de phénomènes : 1° les phénomènes physiologiques, qui ne sont que l'expression de l'action vitale de l'utérus et des organes qui concourent à la parturition : tels sont les signes précurseurs, la contraction ou la douleur, la dilatation du col de l'utérus, l'issue des glaires, la formation de la

poche des eaux, sa rupture, etc. ; 2° les phénomènes mécaniques du travail, ou l'ensemble des lois qui régissent l'expulsion spontanée du produit.

CHAPITRE Ier.

CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT.

Les causes de l'accouchement ont été distinguées en causes *déterminantes* et en causes *efficientes*.

ARTICLE Ier.

CAUSES DÉTERMINANTES.

C'est en général, dans l'utérus que presque tous les auteurs s'accordent à placer la cause déterminante de l'accouchement; mais tous n'expliquent pas ce phénomène de la même manière. Pour les uns, l'utérus entre en action quand il a subi toutes les modifications qu'il doit subir au terme de la gestation. Cette explication, tout insuffisante qu'elle paraisse, est cependant la plus raisonnable. Pour d'autres, c'est l'excès de distension que la matrice éprouve qui la force de réagir sur le produit. D'après Désormeaux[1], « le fond et le corps de l'utérus sont les premières parties qui se laissent distendre pour former la cavité destinée à contenir le produit. La cavité du col ne participe que plus tard à l'ampliation de l'utérus, et la résistance que son orifice oppose à la sortie de l'œuf va en diminuant, à mesure qu'on se rapproche du terme de la grossesse. A cette époque, les fibres du col n'étant plus douées d'une assez grande résistance pour opposer un effort antagoniste à l'action des fibres du fond, celles-ci entrent en contraction, et le produit est expulsé. »

Enfin, M. P. Dubois a adopté dans ses cours la théorie proposée par Jones Sower en 1819 ; je la transcris telle que je la trouve dans mes notes.

« L'utérus, parvenu au terme de la gestation, peut être comparé à la plupart des organes creux et musculaires, le rectum et la vessie. Il est constitué, comme ces organes, par deux plans de fibres musculaires, dont les plus externes sont longitudinales, et les plus internes circulaires. Comme eux, il présente une cavité contractile et

[1] *Dictionnaire de médecine.*

un sphincter ou orifice à fibres circulaires. Comme eux, enfin, l'utérus reçoit deux ordres de nerfs : les uns, dépendant du système ganglionnaire, se rendent au corps ; les autres, émanant du système de la vie animale, se rendent au col. »

« Il existe en outre, entre le col et le corps de l'utérus, les mêmes sympathies qu'entre le rectum et son sphincter, qu'entre la vessie et son col; et, de même que l'irritation mécanique produite sur le sphincter par la présence des matières détermine la contraction de l'intestin, de même aussi, lorsqu'à la fin de la grossesse il ne reste plus à la partie inférieure de l'organe qu'un anneau constitué par les fibres circulaires de l'orifice interne, cet anneau ou sphincter qui, recevant des nerfs de la vie animale, est doué d'une très-grande sensibilité, est irrité par le contact des membranes et des parties fœtales auquel il n'était pas accoutumé, et réagit sympathiquement sur les fibres du fond qui se contractent. » J'insiste peu sur ces causes; car, en résumé, aucune des théories émises ne satisfait pleinement, et l'on se trouve forcé d'en revenir, avec M. Velpeau, à l'opinion d'Avicenne : « Au temps fixé, l'accouchement se fait par la grâce de Dieu. »

ARTICLE II.

CAUSES EFFICIENTES.

Hippocrate et quelques anciens accoucheurs, quelques modernes même, tels que G. Harvey, regardent le fœtus comme le principal agent de son expulsion; ils se fondent sur ce que l'accouchement est plus long, plus pénible quand l'enfant a cessé de vivre ; sur ce que des fœtus ont pu être expulsés après la mort de leur mère, et enfin, sur ce qu'on voit les petits des femelles de grands animaux exécuter des mouvements propres à faciliter leur expulsion. Il est certain qu'après la mort du produit l'expulsion est plus lente; mais cette lenteur ne dépend pas de ce que le fœtus mort ne peut plus aider à son expulsion, mais de ce que le fœtus, affaissé sur lui-même, ne présente plus à l'organe un point d'appui et ne l'irrite plus par ses mouvements actifs; de ce que l'utérus perd son activité, de ce qu'enfin sa contractilité organique ne s'exerce plus que faiblement. Ces circonstances qui dépendent, il est vrai, de la mort du produit suffisent pour expliquer la lenteur du travail dans le cas de mort de l'enfant, sans qu'on soit en droit d'attribuer cette lenteur à la mort même du fœtus.

On a encore allégué, pour prouver que le fœtus coopère à sa sortie, l'exemple d'enfants nés spontanément après la mort de la mère, et

ces faits ne sont pas très-rares [1], mais dans la plupart de ces expulsions les enfants étaient morts quelquefois avant et le plus ordinairement en même temps ou peu après leur mère; le fœtus mort est alors expulsé en vertu de la tonicité de l'organe.

Bichat a démontré en outre que tous les organes ne meurent pas en même temps, et que l'utérus peut expulser le produit par sa force de rétraction, quelques instants après le dernier battement du cœur.

Leroux a senti cet organe se contracter un quart d'heure après le dernier soupir. Osiander, ayant pratiqué l'opération césarienne sur un cadavre, vit la matrice se rétracter comme sur le vivant.

Quant aux mouvements que les petits des grands animaux exécutent lors de leur expulsion, ils ne peuvent être révoqués en doute. Aussi, s'il est rationnel d'admettre que le fœtus n'est pas le principal agent de son expulsion, l'opinion de ceux qui pensent, par analogie, qu'il peut y contribuer directement, au moins pour une certaine part, ne me semble pas dénuée de tout fondement.

Mais quelle est la cause efficiente de l'accouchement? Évidemment elle réside dans la contraction des parois utérines, aidée de celle du diaphragme et des parois abdominales. Toutefois, la contraction utérine peut suffire seule, dans beaucoup de cas, à déterminer l'accouchement. En effet, l'expulsion ne s'effectue pas moins chez les femelles dont les parois abdominales sont ouvertes, et chez celles dont les parois sont paralysées. Mais, si le plus souvent l'utérus se suffit à lui-même dans le premier temps du travail, il n'en est pas toujours de même quand la tête a franchi le détroit supérieur, et qu'elle repose sur le plancher du bassin. L'action simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux est souvent indispensable pour aider la contraction utérine et terminer l'expulsion.

Cependant le diaphragme n'est pas, comme les muscles abdominaux, un agent direct de la parturition ; il n'exerce pas une compression sur l'utérus même : mais, soutenu par l'air inspiré par les poumons, il donne à la base de la poitrine une immobilité qui permet aux muscles d'y prendre un point d'appui solide, et vient indirectement ainsi en aide à la contraction utérine.

Il peut arriver aussi que le produit soit expulsé sans contractions apparentes de l'utérus, et seulement sous l'influence des contractions abdominales. J'ai pu observer un cas très-curieux de cette nature, avec mes amis les docteurs Lucien Boyer et Filhos.

[1] *Cas de parturition dans le cercueil; exhumation après* 2 *ans et* 3 *mois. Fait rapporté par le docteur Casper, de Berlin* (*Union médicale*, 5 janvier 1858).

CHAPITRE II.

DES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DU TRAVAIL.

ARTICLE Ier.

SIGNES PRÉCURSEURS DU TRAVAIL.

Lorsque la grossesse est près d'atteindre son terme, quelques jours à l'avance, l'accouchement est annoncé par un ensemble de symptômes appelés *signes précurseurs*. Ainsi l'utérus s'abaisse, devient proéminent au lieu de s'élargir, comme le pensent quelques auteurs, les flancs se creusent, la respiration, la digestion deviennent plus faciles ; on a l'habitude de dire qu'à cette époque, les femmes deviennent plus légères, plus alertes, plus gaies ; quoique cela soit très-exact dans quelques cas, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi pour toutes les femmes, j'ai eu bien plus souvent l'occasion d'observer le contraire. En effet, les femmes à cette époque sont souvent tourmentées par de l'insomnie, éprouvent un malaise général, de l'aversion pour le mouvement, bien plutôt qu'un sentiment de bien-être. Les lèvres de la vulve s'amollissent et deviennent plus douloureuses. L'engagement plus ou moins prononcé de la tête dans le détroit supérieur détermine la compression du col de la vessie et du rectum, et la femme éprouve des besoins fréquents d'uriner et d'aller à la garde-robe, et un sentiment de gêne et de crampe dans les cuisses. Ces derniers symptômes, qui résultent de la compression que le fœtus exerce sur les parties maternelles, n'existent pas en général quand c'est une autre partie que le sommet qui se présente, parce que le sommet seul peut, par sa forme, s'engager assez dans l'excavation, en repoussant au-devant de lui le segment inférieur de l'utérus non dilaté, tandis qu'il n'en est pas de même des autres parties. Aussi ces signes, en outre qu'ils annoncent un accouchement prochain, permettent-ils de prédire une présentation du sommet.

La marche, la station deviennent aussi plus difficiles, soit par suite des causes précédentes, soit à cause d'un léger ramollissement des symphyses. L'œdème, les varices des membres inférieurs et des parties génitales ne se manifestent souvent qu'à cette époque, ou augmentent quand ils existaient déjà. Il en est de même du gonflement des vaisseaux hémorrhoïdaux et des tumeurs hémorrhoïdales.

Enfin l'utérus, comme pour préluder au grand acte qu'il est destiné à accomplir, se contracte sourdement, et ces contractions suc-

cessives sont douloureusement perçues par la mère; les primipares y sont plus sujettes que les autres. Elles sentent leur ventre se durcir, et si l'orifice est entr'ouvert, le toucher fait reconnaître que les membranes se tendent.

Après ces premiers symptômes, commence le travail que Désormeaux a divisé en trois époques principales : la première, qui comprend tous les phénomènes que l'on observe depuis le commencement du travail, jusqu'à la dilatation complète; la deuxième, qui commence à cette époque et finit après l'expulsion du produit; enfin, la troisième, qui comprend la délivrance.

ARTICLE II.

PREMIÈRE ÉPOQUE DU TRAVAIL.

Le travail de l'accouchement se compose d'une succession de phénomènes qui varient sous l'influence d'une multitude de circonstances.

Ainsi le travail offre des dissemblances chez les femmes primipares et chez celles qui ont eu des enfants; il est aussi influencé par l'énergie physique et morale, par l'état physiologique et pathologique de la femme. Mais cependant, malgré ces variétés, l'esquisse rapide que je vais tracer représentera, aussi exactement que possible, les diverses phases du travail chez une femme primipare.

Au début du travail, la femme éprouve une espèce de constriction intérieure qui la trouble, et qu'elle a peine à exprimer; tout son corps frémit, la respiration est gênée, le pouls se ralentit, toutes les forces vitales semblent se concentrer sur l'organe destiné à accomplir le grand acte de la naissance de l'homme, en abandonnant tous les autres; ainsi l'estomac cesse ses fonctions, il survient des nausées, quelquefois une soif ardente; le visage pâlit et s'altère, la peau se couvre d'une sueur visqueuse. Les femmes éprouvent un sentiment de lassitude; souvent alors elles sont tourmentées par des idées sinistres, pleurent, s'agitent ou restent immobiles. Pendant ce temps, d'autres phénomènes intimes s'accomplissent. Aux douleurs éloignées et peu vives que la femme avait éprouvées jusque-là, succèdent des contractions utérines plus manifestes, plus douloureuses. Le col commence à s'entr'ouvrir, des mucosités mêlées de stries sanguinolentes s'écoulent; pendant la contraction, à travers les bords de l'orifice tendu et résistant, on sent les membranes qui s'engagent sous forme de poche sphérique, dont les dimensions augmentent à mesure que la dilatation s'accroît, et dont la forme varie en raison de diverses circonstances que je signalerai plus tard; les

douleurs deviennent de plus en plus vives, et de plus en plus rapprochées, et finissent par n'être plus séparées par un intervalle de calme parfait : les femmes ont encore le sentiment de la douleur qui vient de cesser, et redoutent celle qu'elles sentent venir; aussi elles sont agacées, irritables, difficiles à gouverner. Quelquefois un frisson, avec claquement de dents, précède la douleur, le pouls s'accélère, la bouche et la langue se sèchent, les dents et les lèvres deviennent fuligineuses, il survient des vomissements, la raison s'égare, les femmes semblent délirer.

Pendant l'intervalle des contractions, l'orifice redevient souple, épais, arrondi, de mince et tranchant qu'il était. Les membranes ne bombent plus, elles sont plissées et s'appliquent immédiatement sur la partie de l'enfant qui se présente, partie qui est plus facile à atteindre et semble s'être abaissée. Chaque douleur ramène la même série de phénomènes, jusqu'à ce que la dilatation du col étant complète, la cavité utérine et celle du vagin ne forment plus qu'un canal non interrompu. Ainsi se termine la première époque du travail, la plus fatigante, la plus longue, et bien souvent aussi la plus dangereuse.

ARTICLE III.

DEUXIÈME ÉPOQUE DU TRAVAIL.

A cette époque, la femme commence à avoir la conscience de l'acte important qui s'opère en elle. Les muscles abdominaux viennent seconder l'action de l'utérus; la femme multiplie ses efforts, sa respiration se presse, devient haletante, la peau se couvre de sueur, le pouls acquiert plus de vitesse et de force. Les douleurs, que la résistance du col rendait instantes, sont de nouveau suivies d'un intervalle de calme assez marqué, pendant lequel la femme, accablée par le besoin de repos, s'endort quelquefois d'un sommeil assez profond, sommeil qui est bientôt brusquement interrompu par une nouvelle douleur.

Sous l'influence de ces contractions successives, la poche des eaux s'engage de plus en plus, et, trop faible pour supporter la tension qu'elle éprouve, elle se déchire; elle laisse écouler une plus ou moins grande quantité de liquide, et immédiatement la partie du fœtus qui se présente vient s'appliquer sur l'orifice, surtout si c'est la tête. Alors survient une détente générale et un calme qui n'est que de courte durée; car l'utérus semble ne se reposer que pour acquérir de nouvelles forces. Bientôt la contraction se réveille avec une puissance et une énergie qu'elle n'avait pas eues jusqu'alors, le produit franchit l'orifice sans que le plus souvent la

femme accuse ordinairement une douleur plus aiguë que dans un autre moment; puis il pénètre dans le vagin, qui se dilate par degrés pour le recevoir, et arrive bientôt sur le plancher du bassin. Pendant ce trajet, la compression des nerfs cruraux et des rameaux nerveux qui passent par le trou sous-pubien détermine un sentiment de crampe et de tiraillement à la partie antérieure et interne des cuisses.

Les douleurs deviennent de plus en plus violentes, la femme se cramponne à tout ce qui l'environne, se renverse en arrière, arcboute ses pieds contre le point d'appui qu'on a eu soin de lui fournir, fait une profonde inspiration, et, serrant les lèvres, contracte à la fois tous les muscles de son corps. Bien plus souvent, cependant, les cris que la douleur lui arrache détruisent une partie de ses efforts par les mouvements d'inspiration et d'expiration successive qu'ils déterminent.

La tête, à chaque contraction, appuyée fortement sur le périnée, commence à le distendre; à chaque douleur, on voit le plancher du bassin proéminer de plus en plus en avant, l'anus former un bourrelet saillant qui s'entr'ouvre, la vulve s'entr'ouvrir aussi peu à peu, les petites lèvres s'écarter, et laisser entrevoir le cuir chevelu; enfin les grandes lèvres s'effacent, se déplissent complétement; la peau de la partie supérieure des cuisses vient aussi à fournir à l'ampliation de la vulve, qui, projetée fortement en avant par la tête, forme un anneau circulaire, mince, surtout à sa commissure inférieure, qui semble tout près de se rompre. Cet accident aurait certainement lieu si la contraction ne cessait immédiatement; la tête se retire alors dans l'excavation; le périnée revient sur lui-même, la vulve se ferme, mais la femme éprouve toujours un sentiment de ténesme sur la vessie et le rectum, qui la tourmente d'un besoin incessant d'aller à la garde-robe et d'uriner, et lui donne le désir de pousser: aussi, quoiqu'elle n'éprouve pas de douleur, souvent elle fait des efforts pour se délivrer. Enfin, après une succession plus ou moins répétée de contractions et d'intervalles de calme, nécessaires pour que les parties de la mère s'habituent à l'excès de dilatation qu'elles éprouvent, la tête, qui s'est avancée peu à peu et de plus en plus à chaque contraction, en se retirant un peu au moment du calme, est poussée fortement par une douleur énergique, qui arrache des cris à la femme, et franchit les tubérosités de l'ischion; mais elle reste quelque temps arrêtée encore par les parties molles qui bombent fortement, et les franchit enfin. Ordinairement le tronc suit immédiatement la tête; quelquefois, cependant, il n'est expulsé que quelques secondes après.

ARTICLE IV.

TROISIÈME ÉPOQUE DU TRAVAIL.

Un quart d'heure ou 20 minutes après l'expulsion du produit, quelques contractions se manifestent et le placenta s'engage, quelques légères tractions sont exercées sur le cordon, et la délivrance est effectuée.

ARTICLE V.

DURÉE DU TRAVAIL.

La durée du travail est extrêmement variable, suivant les climats, le degré de civilisation et la constitution des femmes ; il est plus prolongé chez les primipares, à cause de la résistance du périnée ; mais les progrès de l'âge n'ont pas sur sa durée la fâcheuse influence que lui attribuent la plupart des accoucheurs, même chez une femme primipare. Ainsi, j'ai assisté, il y a quelques années, une dame, la comtesse de L***, qui est accouchée à 48 ans, avec une grande facilité.

En résumé, les observations nombreuses faites par les voyageurs, et l'expérience de chaque jour, permettent d'établir d'abord que la facilité de la parturition est en raison inverse de l'état de civilisation, et ensuite que la durée moyenne du travail est, dans nos climats, de huit à dix heures.

Toutes les circonstances qui peuvent faire varier l'époque de l'accouchement peuvent être facilement appréciées ; on peut de même prévoir la durée probable du travail par le degré de dilatation, la souplesse du col, son peu d'épaisseur surtout, sa dureté, sa résistance, la fréquence, l'intensité et la prolongation des douleurs, le plus ou moins de résistance du périnée et de la vulve ; mais, quelle que soit son habileté, l'accoucheur ne doit jamais préciser exactement le moment où l'accouchement aura lieu, dans la crainte de s'exposer à des mécomptes. En effet, rien de certain dans les progrès de la dilatation, rien de régulier dans la succession des contractions, et j'ai souvent vu un travail que les gens les plus expérimentés croyaient près de sa fin se prolonger bien plus qu'ils ne l'avaient annoncé.

ARTICLE VI.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DU TRAVAIL.

Les phénomènes physiologiques du travail, dont je viens de don-

ner une rapide esquisse, ne se succèdent pas toujours avec autant de régularité; une foule d'exceptions doivent être notées, surtout pour les principaux de ces phénomènes, la contraction utérine ou la douleur, la dilatation du col, l'écoulement des glaires, la formation de la poche des eaux et sa rupture.

§ 1. — Douleur ou contraction.

Dans le langage tocologique, on emploie comme synonymes les mots de douleur ou contraction, parce qu'en effet, chez la plupart des femmes, la douleur est causée par la contraction et en est inséparable. Cependant toute contraction n'est pas productive de douleurs : aussi serait-il plus rationnel de ne pas confondre la cause et l'effet; car on voit des femmes accoucher presque sans douleur, et cependant, puisqu'il y a eu expulsion du produit, il a dû y avoir contraction de l'utérus. Entre autres exemples, je puis citer celui d'une jeune fille primipare, âgée de seize ans, arrivée à terme, dont le vagin était séparé par un diaphragme, percé d'un petit pertuis, disposition que M. Dubois me pria de dessiner pour en donner une idée exacte aux élèves (voyez article *Dystocie*, *vices de conformation du vagin*). Elle fut réveillée par de légères douleurs à quatre heures du matin, et elle était accouchée seule à six, sans demander aucune assistance. Siebold en rapporte un exemple [1], le docteur G. Smith aussi [2], le docteur Brochin cite le cas d'une dame très-bien portante qui accoucha de deux jumeaux sans s'en apercevoir [3]; le docteur Ameuille a rapporté à la Société médico-pratique de Paris un cas de ce genre des plus curieux [4].

De même que la contraction ne détermine pas toujours de la douleur, de même la vivacité de la douleur ne peut pas toujours permettre de mesurer la force de la contraction; car quelques femmes très-sensibles, très-pusillanimes, accusent de violentes douleurs quand elles n'ont que des contractions modérées.

a. Caractère de ces contractions. — Ces douleurs commencent vers la région lombaire, entourent le bassin comme une ceinture, viennent tantôt se terminer en avant, tantôt sur le fondement, en déterminant la sensation du besoin d'aller à la garderobe. Elles s'accompagnent du durcissement du ventre et de sa proéminence; le doigt, comme je l'ai déjà dit, appliqué sur l'orifice qu'il trouve dilaté, sent que cet orifice se tend et que les membranes bombent. Le souffle

[1] *Comptes rendus de la Maternité de Gottingue*, 1855, 1856.
[2] *Ibid.*, 9 octobre 1858.
[3] *Gazette des hôpitaux*, 11 mars 1854.
[4] *Union médicale*, 19 janvier 1860.

utérin se suspend, les battements du cœur conservent leur intégrité.

Quelquefois ces douleurs ne se font sentir que dans les régions lombaires et sacrées : ce sont les *douleurs de reins*, suivant l'expression consacrée ; elles sont bien plus pénibles que les autres, et ont une influence bien moins marquée sur le travail. Il est impossible de préciser l'époque du travail pendant laquelle elles se manifestent, je les ai observées à toutes les époques ; mais il est certain qu'elles dépendent de la grande sensibilité de l'orifice, qui ne reçoit que des nerfs de la vie animale, par les plexus lombaires et hypogastriques.

Les douleurs ont reçu différents noms, suivant la période du travail à laquelle elles appartiennent.

Les premières, celles qui accompagnent les phénomènes précurseurs du travail, s'appellent *mouches ;* elles laissent entre elles un intervalle de calme complet, et ont en général peu d'intensité.

Les deuxièmes, plus fortes, plus rapprochées, qui ne sont pas séparées par un calme complet, se nomment *préparantes*, parce qu'elles déterminent la dilatation du col. Enfin elles prennent bientôt le nom d'*expulsives*, et tout à fait à la fin du travail celui de *conquassantes*.

b. Siége de la douleur. — Quelques auteurs prétendent que le siége de la douleur réside exclusivement dans le col de l'utérus, parce que cette partie reçoit des nerfs du système de la vie animale. D'autres pensent que le corps de l'utérus est aussi capable de transmettre au centre nerveux la douleur qui résulte de sa contraction. Ces deux opinions doivent être réunies pour n'en former qu'une, car il paraît bien certain que la douleur est le produit de la contraction de tout l'organe. Ajoutons cependant que, dans le début du travail, le phénomène de la dilatation du col est la principale cause de cette douleur ; que, plus tard, c'est à la compression du corps qu'elle semble être spécialement due, et qu'au dernier moment de l'expulsion, la compression du vagin, l'excès de dilatation de la vulve et du périnée, vient encore donner à ces douleurs un caractère particulier que n'ont pas les douleurs précédentes.

M. Beau rapporte les douleurs de l'accouchement principalement à la névralgie lombo-abdominale [1], que M. Valleix nous a fait connaître le premier [2]. D'après cette manière de voir, les nerfs lombo-abdominaux placés dans la portion de la paroi abdominale qui sert de zone à l'utérus, et communiquant avec cet organe par les plexus lombaires, sacrés et hypogastriques, sont chargés d'exprimer douloureusement les diverses affections de l'utérus.

[1] *Union médicale*, 2 septembre 1851.

[2] *Traité des névralgies*. Paris, 1841, p. 451 et suiv.

Quant au calme, au relâchement qui s'observe entre chaque contraction, il est le résultat de cette loi qui régit l'organisme, en vertu de laquelle une contraction ne peut être permanente, et doit être interrompue par la fatigue, pour être suivie d'un intervalle de calme qui lui permet de conserver son activité.

§ 2. — Dilatation du col.

Les phénomènes de dilatation ne sont pas les mêmes chez les femmes primipares et chez celles qui ont eu des enfants. Chez les primipares, l'orifice interne est fermé, mince et tranchant, et il faut un temps plus ou moins considérable pour que, de cet état, le col atteigne le degré de dilatation qu'il a chez une femme qui a eu des enfants, et chez laquelle, avant tout travail, l'orifice est entr'ouvert. Puis, à partir de ce moment, pour l'une et pour l'autre, la dilatation est graduelle; très-lente jusqu'à ce qu'elle égale l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, elle marche ensuite bien plus rapidement, et spécialement aux dépens de la lèvre antérieure, qui s'épaissit et forme un bourrelet que l'on sent entre la tête du fœtus et le dessous de la symphyse des pubis. L'état de mollesse ou de rigidité du col, la nature de la partie de l'enfant qui se présente, l'époque du travail où se rompt la poche des eaux, influent beaucoup aussi sur les progrès de la dilatation. Enfin, l'irrégularité dans les contractions utérines ou les contractions pathologiques, comme les nomme M. P. Dubois, et dont j'aurai plus tard à m'occuper en détail, ainsi que les obliquités de l'utérus peuvent ralentir cette dilatation.

On s'explique facilement comment la rigidité ou la souplesse de l'orifice peut influencer sa dilatation, comment encore la dilatation doit s'effectuer plus rapidement dans une présentation du sommet qui, par sa forme, s'engage facilement dans l'orifice, que dans une présentation de l'épaule, où la partie reste longtemps élevée, et ne vient reposer sur l'orifice que fort tard. De même aussi on conçoit que si la poche des eaux vient à se rompre prématurément, elle ne peut plus s'engager dans l'orifice pour le dilater : aussi a-t-on regardé, après la contraction utérine, l'engagement de la partie qui se présente et celui de la poche, comme cause de la dilatation du col.

§ 3. — Des glaires.

Les glaires sont le produit de la sécrétion de la matrice et du vagin qui s'opère au moment du travail, et quelquefois avant; ils sont colorés par du sang qui est fourni par les petites déchirures de l'orifice pendant sa dilatation, et souvent par la rupture des petits vaisseaux qui, partant de la surface interne de l'utérus, vont s'irra-

dier sur les membranes; enfin, quelquefois par le décollement d'une petite partie du placenta.

§ 4. — De la poche des eaux.

A mesure que la cavité de l'utérus se rétrécit en se contractant, le liquide amniotique, en gagnant le point de l'utérus qui lui offre le moins de résistance, c'est-à-dire le col plus ou moins dilaté, y chasse au-devant de lui les membranes, qui s'engagent de plus en plus, à mesure que l'orifice se dilate, pour constituer la poche des eaux; on comprend très-bien, que la cavité de l'œuf n'étant pas distendue par le liquide amniotique, la partie inférieure puisse être chassée de l'utérus par suite de la rétraction de cet organe. Et il n'est pas nécessaire, pour expliquer ce phénomène, d'invoquer l'extensibilité des membranes, ou la transsudation du liquide hors de la cavité de l'œuf; la forme de cette poche ne reçoit aucune influence appréciable de la part de la configuration de l'orifice, mais elle varie suivant la partie de l'enfant qui se présente. Ainsi, dans la présentation du sommet, elle est plate; les membranes sont

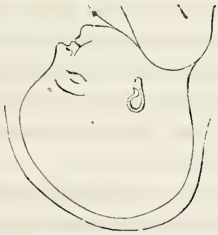


Fig. 102.

Fig. 103.

presque appliquées sur la tête de l'enfant, et il n'y a, entre elles et cette tête, qu'une petite quantité de liquide (fig. 102).

Dans la présentation de la face, de l'extrémité pelvienne, surtout si elle est décomplétée (fig. 103), la poche s'allonge, contient beaucoup plus de liquide, mais bien rarement elle affecte la forme d'un boudin qui remplirait tout le vagin. Ce fait vient cependant d'être observé par M. Crouzet.

Division de l'œuf. — Quand la dilatation est complète, souvent même lorsque le col n'a que 4 centimètres à 4 centimètres et 1/2 de diamètre, la poche, exposée au vide de l'orifice, se rompt sous l'influence d'une contraction énergique, quelquefois avec bruit, quelquefois silencieusement.

a. Rupture prématurée. — Cette rupture peut être prématurée:

elle peut avoir lieu avant toutes contractions perçues ou dans les premières contractions sensibles, et l'on pense généralement que ce phénomène est un accident fâcheux dans tous les cas. Je crois qu'on s'est beaucoup exagéré l'influence défavorable de cet accident sur le travail ; et que si l'on a pu croire que cette rupture prématurée ralentissait le travail, c'est que ce phénomène ayant eu lieu avant l'apparition des premières douleurs, il avait dû naturellement s'écouler un temps assez long depuis cette époque jusqu'à la terminaison de l'accouchement, et alors on avait cru à un travail bien plus prolongé qu'il ne l'était en effet, parce qu'on avait fait dater le travail de l'époque où la rupture des membranes s'est opérée. Non-seulement je n'ai jamais constaté que cette rupture prématurée des membranes ait aucun des effets qu'on lui a reprochés, mais même j'ai observé un grand nombre de fois qu'elle était d'une grande utilité : dans les cas où l'utérus est trop distendu, elle permet, en effet, à cet organe de revenir sur lui-même; elle favorise les contractions et accélère ainsi le travail. Il est bien certain cependant que, dans les présentations qui ne bouchent pas hermétiquement l'orifice, l'écoulement d'une grande quantité de liquide rend le travail plus dangereux pour l'enfant, puisqu'il cesse d'être protégé pendant les contractions par une couche de liquide interposée entre ces parties et l'utérus. Mais dans les présentations du sommet, cette influence fâcheuse n'existe pas dans la majorité des cas, parce que la tête, bouchant l'orifice utérin, ne permet l'écoulement du liquide amniotique que graduellement.

J'ai vu, à l'Hôtel-Dieu, dans un cas que je rapporterai plus longuement, la rupture prématurée artificielle des membranes déterminer l'accouchement en un quart d'heure ; l'orifice, malgré des douleurs énergiques, ne présentant depuis douze heures en dilatation que l'étendue d'une pièce d'un franc.

b. Rupture tardive. — La solidité des membranes, la présence de la tête de l'enfant qui s'oppose quelquefois à l'impulsion du liquide, retardent la rupture de la poche. L'accoucheur est alors obligé d'en pratiquer la rupture artificielle.

c. Rupture au-dessus de l'orifice. — La rupture de la poche au-dessus de l'orifice est favorable à la rétention du liquide. Il arrive quelquefois, dans ce cas, qu'une partie de cette poche, rompue au-dessus de l'orifice et décollée de la surface interne de l'utérus, accompagne le produit dans son expulsion, et recouvre sa tête : on dit alors que l'enfant est *né coiffé;* mais il est difficile d'admettre que l'enfant puisse naître coiffé sans rupture préalable de la poche. En effet, cela ne pourrait arriver que dans le cas où l'enfant n'a pas

acquis le terme de son développement. Dans de semblables circonstances, j'ai vu quelquefois la poche être poussée en avant par la tête de l'enfant jusque dans le vagin, l'œuf étant resté jusque-là intact; mais à cette époque il se rompait. On conçoit néanmoins que cette propulsion des membranes, lorsqu'elle est aussi prononcée, puisse déterminer des accidents fâcheux, le décollement prématuré du placenta, l'hémorrhagie et ses conséquences.

d. Lieu où cette rupture s'effectue. — Cette rupture de la poche peut avoir lieu au centre, ou dans un point éloigné de l'orifice ; c'est dans ce dernier cas qu'après l'écoulement d'une petite quantité de liquide, la tête venant à boucher l'orifice, la partie inférieure de la poche peut se remplir de liquide, et former alors ce qu'on a appelé une poche surnuméraire : c'est un fait assez commun.

e. Écoulement du liquide. — Au moment de la rupture de la poche, tout le liquide qu'elle contenait est expulsé, mais la tête de l'enfant vient s'appuyer sur l'orifice, et s'oppose pour le moment à l'écoulement du reste de l'eau de l'amnios; bientôt de nouvelles contractions surviennent, la tête, légèrement soulevée par le liquide, en laisse échapper une petite quantité, et ce phénomène se reproduit à chaque douleur, tant que la tête n'a pas franchi l'orifice.

Dans la poche plate, l'écoulement du liquide est très-peu abondant, circonstance qui, ne permettant pas à l'utérus de revenir sur lui-même, retarde un peu l'accouchement. Il suffit dans ce cas de soulever un peu la tête de l'enfant, une nouvelle quantité de liquide s'écoule, et la contraction peut alors s'exercer d'une manière efficace; dans l'autre variété de poche, l'eau s'écoule en grande abondance et continuellement, surtout si c'est l'épaule ou les pieds qui se présentent. L'écoulement est moins abondant dans la présentation de l'extrémité pelvienne complète.

ARTICLE VII.

DES PRÉSENTATIONS ET DES POSITIONS DU FŒTUS.

Le produit de la conception est expulsé en vertu de certaines lois qui varient en raison des présentations et des positions qu'il affecte au détroit supérieur. La présentation est le fait de la présence d'une partie du fœtus dans le canal pelvien; la position est le rapport de cette partie qui se présente avec les différents points de ce canal.

Avant Solayres, on ne s'attachait qu'à diagnostiquer la présentation : ce fut lui, imité par Baudelocque son élève, qui introduisit le premier la désignation des positions dans la classification; mais ces auteurs se sont laissés aller à l'exagération d'un bon principe,

Ainsi, Baudelocque, se fondant sur ce que toutes les parties du fœtus pouvaient être senties à l'orifice utérin, avait admis vingt-deux présentations : partant du même principe, et pensant que chaque présentation pouvait être en rapport avec tous les points du contour du détroit supérieur, il admettait soixante-quatorze positions. Eh bien, malgré ce nombre considérable de présentations et de positions, il n'avait pas été fidèle à son principe, en n'admettant que vingt-deux présentations et soixante-quatorze positions; car on peut déterminer sur le produit, bien plus de vingt-deux points principaux, et, au contour du bassin, un nombre indéfini de points avec lesquels chaque présentation peut être en rapport : il avait donc senti la nécessité de se restreindre dans un certain nombre de présentations et de positions, mais cette restriction n'était pas aussi complète qu'elle aurait dû l'être.

On ne tarda pas, en effet, à reconnaître que ces subdivisions, beaucoup trop multipliées, étaient inutiles en pratique, qu'elles étaient en outre difficiles à retenir et rebutaient les élèves; et l'on s'attacha à simplifier cette classification.

Madame Lachapelle, A Dubois, Nægelé, Capuron, MM. Stoltz et P. Dubois, ont successivement amélioré cette partie importante de l'obstétrique, et en cela ils ont rendu un service signalé aux élèves. Je ne mettrai pas en parallèle les classifications anciennes et celles qui les suivirent, ce serait perdre un temps précieux, mais j'exposerai seulement celle que professe M. P. Dubois, car elle résume tous les perfectionnements successifs introduits depuis Baudelocque.

§ 1. — Des présentations.

Le principe d'où partait Baudelocque, que toutes les parties du fœtus à terme peuvent être senties à l'orifice de l'utérus, s'il peut être admis théoriquement, ne peut certainement pas l'être en pratique; car certaines parties de la surface fœtale ne se sont jamais présentées directement chez un fœtus à terme. Madame Lachapelle, sur quarante mille accouchements, ne les a pas rencontrées. Telles sont les parties de la région dorsale, depuis les premières vertèbres dorsales, jusqu'aux dernières lombaires. Il en est de même de la région antérieure, depuis le col jusqu'à l'ombilic, et des régions latérales du cou : de là, la nécessité de n'admettre dans la classification, que les régions du fœtus qui, seules, peuvent occuper le détroit supérieur. De plus, certaines présentations, qui existent dès le début du travail, disparaissent bientôt pour faire place à d'autres qui persistent, elles seules, pendant toute la durée de l'accouchement. On ne pouvait pas placer ces présentations temporaires sur la

même ligne que celles dans lesquelles elles viennent se fondre. Aussi M. P. Dubois a-t-il appelé celles qui persistent pendant toute la durée de l'accouchement, des présentations franches, et les autres des variétés de ces présentations franches.

Pour cela, il a divisé le produit en trois régions principales, qui peuvent se présenter au détroit supérieur, l'extrémité céphalique, l'extrémité pelvienne et le tronc.

Mais la tête peut se présenter fléchie ou défléchie; il faut donc distinguer, pour cette tête, une présentation du sommet et une présentation de la face.

Le sommet ne se présente pas toujours d'aplomb au détroit supérieur, il peut être incliné; une bosse pariétale, même la partie voisine de l'oreille (rare), peut occuper le détroit supérieur : *variété de présentation pariétale*, droite ou gauche.

Le sommet peut être très-fléchi, *variété occipitale;* il peut être non fléchi, *variété frontale.*

Il y a donc une présentation franche pour le sommet et quatre variétés de présentations.

Il en est de même pour la face, qui compte, une *variété frontale*, quand c'est le front qui se présente ; deux *variétés malaires,* quand l'une ou l'autre joue occupe le détroit; une *variété mento-cervicale*, quand c'est le menton et une petite partie du cou de l'enfant qui se présente.

Lorsque l'extrémité pelvienne se présente, les jambes sont habituellement fléchies sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen, mais il peut arriver que ces parties soient séparées : ainsi les fesses seules, les pieds seuls, les genoux seuls peuvent se présenter; mais comme ces diverses circonstances n'apportent dans l'expulsion que de bien légères modifications, on ne doit pas les considérer comme des présentations distinctes, mais comme des manières d'être, des modes différents d'une seule et même présentation, et l'on n'admet alors qu'une présentation pour l'extrémité pelvienne.

De plus, l'extrémité pelvienne, qu'elle se présente complète ou décomplétée, ne s'offre pas toujours franchement au détroit supérieur; elle peut, comme le sommet, comme la face, être inclinée en quatre sens différents: deux *variétés iliaques*, quand c'est l'une ou l'autre hanche qui se présente ; une *variété sacrée,* quand c'est le sacrum; une *variété antérieure,* quand l'extrémité pelvienne se présente par le devant des tibias, si elle est complète, ou par la partie postérieure des cuisses, si ce sont les fesses seules qui s'engagent.

Bien entendu que ces variétés de présentation ne sont reconnaissables que dans la présentation complète et dans celle des fesses,

les genoux et les pieds étant beaucoup trop mobiles pour qu'on puisse, par leur direction, apprécier les inclinaisons du bassin de l'enfant.

Enfin, madame Lachapelle avait, depuis longtemps, remarqué dans les présentations du tronc, que les côtés seuls du tronc occupaient le détroit supérieur : aussi, à son exemple, on a divisé le tronc en deux moitiés latérales, ce qui donne deux présentations : une pour la région latérale droite ; l'autre, pour la région latérale gauche. Dans la présentation franche, c'est l'épaule, l'acromion, qui occupent le centre du détroit supérieur. Ce qui fait qu'on a l'habitude de nommer les présentations du tronc, des présentations de l'épaule, droite ou gauche ; mais ces présentations peuvent être, comme les autres, franches ou irrégulières. Ainsi une petite portion du dos peut être sentie à l'orifice en même temps que l'épaule, *variété dorsale ;* une petite portion de la poitrine, *variété sternale ;* une petite portion de la partie inférieure du cou de l'enfant, *variété cervicale ;* la partie du côté sur laquelle repose le cou de l'enfant, *variété cubitale ;* présentations irrégulières qui, comme les correspondantes du sommet de la face et de l'extrémité pelvienne, viennent se fondre dans la présentation de l'épaule droite ou gauche.

En résumé, M. P. Dubois a admis cinq présentations franches, et quatre variétés de présentations pour chaque présentation franche. Mais il n'a pas rangé ces dernières dans la même classe que les présentations franches : 1° parce qu'elles n'existent qu'au début du travail, et viennent se fondre dans la présentation mère ; 2° parce qu'elles ne modifient que très-peu le mécanisme de l'accouchement spontané ; 3° parce qu'elles ne changent presque rien aux manœuvres principales. Mais il a dû en tenir compte dans la pratique, seulement, parce qu'elles sont quelquefois senties à l'orifice, et parce que, dans quelques circonstances, très-rares il est vrai, elles mettent dans l'obligation d'agir par leur persistance, leur non-réduction en présentation franche.

C'est ce que le mécanisme de l'accouchement naturel fera mieux comprendre.

§ 2. — Des positions.

Les anciens accoucheurs, comme je l'ai déjà dit, se fondant sur ce que les présentations pouvaient être en rapport avec tous les points du contour du détroit supérieur, avaient admis un grand nombre de positions, dans chacune desquelles le mécanisme de l'accouchement variait.

Nægelé, M. Stoltz et M. P. Dubois, se fondant sur ce que l'accou-

chement s'effectue d'après les mêmes lois dans la plupart des cas, quelle que soit la position, ont divisé le bassin en deux moitiés latérales, et n'ont admis alors pour chaque présentation que deux positions principales, une gauche et une droite. Mais comme la partie qui sert de point de repère sur la présentation, l'occiput, par exemple, pour le sommet, peut être en rapport avec tous les points de ces deux moitiés, on ajoute à cette désignation de *position occipito-iliaque gauche ou droite* les mots d'*antérieure*, *transversale* ou *postérieure*, suivant que l'occiput est en avant, transversalement, en arrière. Ces variétés de position n'ont qu'une importance secondaire quand la nature fait les frais de l'expulsion; car l'accouchement, comme on le verra, est le même le plus ordinairement dans chaque position d'une même présentation. Mais il est bon d'en tenir compte, car elles servent à expliquer certaines anomalies rares dans les mouvements que la tête doit exécuter en parcourant le canal pelvien, et leur connaissance exacte guide aussi très-utilement l'accoucheur dans les cas où il est obligé d'intervenir.

Ainsi dans les positions primitives, c'est-à-dire dans celles qui sont placées au détroit supérieur, pour satisfaire à toutes les exigences de la pratique, dans les cas où l'intervention devient nécessaire, la désignation de deux positions est suffisante, si l'on pratique la version pelvienne (extraction du produit par les pieds), le procédé opératoire ne variant qu'en raison de la position droite ou gauche de l'occiput, et encore pas toujours. Mais il n'en est pas de même dans les cas où l'on se voit obligé de recourir au forceps. Si la tête est au-dessus du détroit supérieur, il est indispensable de reconnaître au moins six positions primitives, non pas pour appliquer le forceps régulièrement par rapport à la tête, cela n'est pas possible, le plus ordinairement, au détroit supérieur, mais pour connaître la direction qu'il faut imprimer à l'instrument quand, la tête une fois saisie, il s'agit de lui faire exécuter le mouvement de rotation qui doit conduire l'occiput ou le front sous les pubis. Je ne tiens pas compte, dans ce cas, des deux positions transversales, qui existent bien souvent quand on applique l'instrument au détroit supérieur [1], car l'extraction de la tête s'exécute dans ces positions comme dans les situations diagonales, cette tête n'ayant pu être saisie que comme si elle était diagonale. Cependant il faut savoir qu'elles existent, ce qui fait six positions primitives.

[1] Le forceps ne s'applique en général sur la tête aussi élevée, que lorsque le bassin est rétréci, circonstance qui oblige la tête à se placer souvent transversalement.

Enfin, si la tête a pénétré dans l'excavation, cette tête pouvant être saisie régulièrement, le plus ordinairement dans six positions secondaires, les quatre diagonales, l'occipito-sous-pubienne et l'occipito-sacrée, il faut encore, de toute nécessité, admettre au moins ces six positions, en sachant bien toutefois que les deux transversales doivent être comptées, quoique dans la majorité des circonstances, l'application dans les cas où la tête est si basse, ne puisse être faite régulièrement : ce qui fait huit positions secondaires.

La présentation de la face est exactement dans le même cas que la présentation du sommet ; pour la présentation pelvienne, bien qu'elle puisse affecter les mêmes positions que les présentations précédentes, il suffit, dans la pratique, d'admettre seulement deux positions : une sacro-iliaque gauche, et une sacro-iliaque droite, soit au-dessus, soit au-dessous du détroit supérieur. En effet, le procédé d'extraction ne varie qu'en raison de la position droite ou gauche, et non parce que le sacrum sera dirigé en avant ou en arrière, ou transversalement.

La présentation de l'une et de l'autre épaule est dans le même cas : la manœuvre ne varie que suivant que la tête est à gauche, et suivant qu'elle est à droite et que le dos est en avant et en arrière, encore cela n'a-t-il pas toujours lieu.

Tout ceci deviendra bien plus facile à apprécier à mesure qu'on s'occupera de l'intervention dans chaque présentation.

En résumé, pour l'intelligence des faits, il faut admettre tout simplement le nombre de positions que les exigences de la pratique nécessitent pour chaque présentation, plutôt que de n'en admettre que deux, qu'on est obligé de subdiviser ensuite, ce qui revient, il est vrai, au même, mais ce qui, à mon sens, complique au lieu de simplifier.

Toutes ces présentations et positions ne sont pas également fréquentes ni également favorables au produit et à la mère. Dans les trois premières présentations, la terminaison spontanée est la règle; les présentations du tronc, au contraire, ne permettent cette terminaison spontanée que par une exception rare. Quant aux positions, elles sont toutes aussi favorables l'une que l'autre, s'il ne se présente pas d'anomalie dans la marche du travail; dans le cas contraire, les positions postérieures, qui restent telles, sont un peu moins favorables dans la présentation du sommet; elles rendent le dégagement de la tête plus difficile dans la présentation pelvienne ; enfin elles sont fort graves dans la présentation de la face.

Classification des présentations et des positions du fœtus constatées le plus généralement.

Le fœtus peut se présenter à l'orifice de l'utérus par la tête, l'extrémité pelvienne, et par le tronc.	PRÉSENTATION DE LA TÊTE, qui se subdivise en	Présentation franche du sommet,	qui admet des présentations irrégulières, ou variétés de la présentation franche.	VARIÉTÉS. 2 Pariétales. 1 Occipitale. 1 Frontale.	POSITIONS PRIMITIVES. 6	occipito-iliaque gauche, occipito-iliaque droite,	antérieure. transversale. postérieure. postérieure. transversale. antérieure.	POSITIONS SECONDAIRES 8	Les mêmes qu'au détroit supérieur, et de plus l'occipito-pubienne et l'occipito-sacrée.	
		Présentation franche de la face,	qui admet aussi des variétés.	2 Malaires. 1 Mento-cervicale. 1 Frontale.	6	mento-iliaque droite, mento-iliaque gauche.	postérieure. transversale. antérieure. antérieure. transversale. postérieure.	8	Les mêmes qu'au détroit supérieur, et, de plus, la mento-sous-pubienne, et la mento-sacrée.	
	PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE, qu'elle soit composée de tous ses éléments, ou qu'elle soit décomposée.	C'est-à-dire que l'extrémité se présente composée des fesses, des genoux et des pieds. Ou des fesses seules, ou des genoux seuls, ou des pieds seuls.	La présentation complète et celle des fesses admettent seules des variétés, les deux autres présentations étant trop mobiles pour qu'on puisse reconnaître par leurs inclinaisons celle du siége.	2 Iliaques. 1 Sacrée. 1 Antérieure.	8	sacro-iliaque gauche, sacro-iliaque droite. sacro-sacro-	antérieure. transversale. postérieure. postérieure. transversale. antérieure. pubienne[1]. sacrée.	8	Les mêmes qu'au détroit supérieur.	
	PRÉSENTATION DU TRONC. Le tronc de l'enfant se divise en deux moitiés latérales dans le sens de sa longueur, chacune de ces moitiés peut se présenter.	Épaule droite	qui admet aussi des variétés.	1 Cervicale. 1 Dorsale. 1 Cubitale. 1 Sternale.	2	céphalo-iliaque. gauche, céphalo-iliaque droite.	Le plus souvent transversale.			
		Épaule gauche.	qui admet aussi des variétés.	1 Cervicale. 1 Dorsale. 1 Cubitale. 1 Sternale.	2	céphalo-iliaque gauche, céphalo-iliaque droite.	*Id.*			

1 Très-rares au détroit supérieur.

TITRE II

De la présentation du sommet ou de la tête fléchie.

La présentation du sommet est bien plus fréquente que toutes les autres présentations réunies : ainsi M. P. Dubois a rencontré dix-neuf cent treize présentations du sommet sur deux mille vingt accouchements (pour la cause de cette fréquence, voyez *Attitude du fœtus à terme*). De plus, il a constaté que dans ces dix-neuf cent treize présentations du sommet, treize cent soixante-dix-sept fois l'occiput était à gauche ; treize cent cinquante-cinq fois en avant (position occipito-iliaque gauche, antérieure ou cotyloïdienne gauche), et douze fois en arrière (occipito-iliaque gauche postérieure, ou sacro-symphysienne gauche). Enfin, toujours sur ces dix-neuf cent treize présentations du sommet, il a trouvé cinq cent quarante-six positions occipito-iliaques droites, sur lesquelles quatre cent quatre-vingt-onze fois l'occiput était en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite, et cinquante-cinq fois seulement tourné en avant, derrière la cavité cotyloïde droite.

Nægelé, sur cent présentations du sommet, a trouvé soixante-dix fois l'occiput dirigé à gauche et en avant, et trente fois en arrière et à droite. On voit que ces résultats sont en tout conformes à ceux qui ont été obtenus par M. P. Dubois : aussi est-ce maintenant une opinion généralement admise, que la tête, quand elle se présente, affecte de préférence la situation diagonale, l'occiput en avant et à gauche, ou en arrière et à droite ; que les occipito-iliaques droites antérieures et les occipito-iliaques gauches postérieures, c'est-à-dire les deux positions opposées de l'autre diamètre diagonal, sont très-rares, et surtout la postérieure gauche, qui est elle-même bien moins fréquente que les positions transversales, du moins si je m'en rapporte à mes propres observations, et surtout à celles de madame Lachapelle.

Maintenant pourquoi la tête se met-elle bien plus souvent en rapport avec la diagonale gauche (l'occiput à gauche et en avant, ou à droite et en arrière) ? La situation du rectum et sa réplétion dans les derniers temps de la grossesse semblent être la cause de cette préférence. En effet, le diamètre diagonal droit se trouve diminué par le développement du rectum, et la tête se trouve forcée de s'accommoder au diamètre qui lui offre le plus de place pour s'engager : or, le diamètre de gauche à droite et d'avant en arrière est dans ce cas.

Enfin il me paraît impossible de dire à quelles causes peut tenir la si grande fréquence de la position occipito-iliaque gauche antérieure, et je ne puis admettre encore que cela dépende des mêmes circonstances que celles qu'on a regardées comme déterminant la présentation du sommet, à savoir : la pesanteur du dos de l'enfant : car cette pesanteur agirait bien plus souvent à droite qu'à gauche, l'inclinaison de l'utérus étant bien plus prononcée à droite, et je viens de dire que les positions occipito-iliaques droites antérieures étaient assez rares. Je me contenterai d'admettre le fait sans en chercher la cause, la nature et l'étendue de cet ouvrage ne me permettant pas d'insister sur des recherches purement théoriques. Le docteur Kristeller de Berlin s'étend longuement sur les causes des présentations du fœtus.

§ 1. — Diagnostic de la présentation.

A une époque avancée de la grossesse, et avant que le col utérin permette l'introduction du doigt, il est souvent possible de diagnostiquer cette présentation par le toucher. En effet, le sommet, par sa forme, s'adaptant très-bien au détroit supérieur, s'y engage en poussant au-devant de lui le segment inférieur de l'utérus ; on sent alors, à travers la paroi antérieure de ce segment, une tumeur régulière solide, qu'on soulève à l'aide du doigt avec d'autant plus de peine que la grossesse est plus avancée (voyez *Diagnostic de la grossesse, huitième et neuvième mois*) [1], et cette sensation se perçoit si ordinairement dans cette présentation, quand le bassin est bien conformé et qu'aucune autre cause n'empêche la tête de s'abaisser, que, lorsqu'on ne peut la percevoir, on doit craindre une présentation moins favorable que celle du sommet, celle de la face, de l'extrémité pelvienne, ou même du tronc.

Ces parties, par leurs formes anfractueuses, ne peuvent, en effet, s'engager prématurément au détroit supérieur et y être senties comme le sommet. L'accoucheur, dans ce cas, doit surveiller attentivement le commencement du travail, afin de remédier, dès le début, aux accidents qui pourraient se manifester.

Une fois que le travail est commencé, le doigt, introduit dans l'orifice plus ou moins dilaté, peut reconnaître très-facilement cette présentation : avant la rupture des membranes, il sent au détroit supérieur une tumeur large, lisse, solide, présentant une résistance élastique osseuse, particulière, sur laquelle il rencontre des espaces

[1] *Union médicale*, 8 mars 1856.

membraneux de forme variée qui sont les sutures et les fontanelles. Après la rupture des membranes, ces caractères sont encore plus évidents pour deux raisons. D'abord parce que le doigt arrive immédiatement sur les parties fœtales, ensuite parce que, comme la rupture des membranes ne s'effectue en général que lorsque le col est presque complétement dilaté, la partie de l'enfant est plus basse, et surtout elle est plus facile à circonscrire, l'orifice ne gênant pas le doigt.

§ 2. — Diagnostic de la position.

Pour constater la position, il faut reconnaître le rapport des fontanelles avec les différents points du détroit supérieur. Avant la rupture de la poche, il est quelquefois possible de constater la position, mais souvent cela est tout à fait impossible ; aussi ne peut-on, le plus souvent, se prononcer qu'après cette rupture : on parvient alors à diagnostiquer sûrement la position. Pour y parvenir, l'accoucheur cherche avec le doigt la suture sagittale qui traverse le détroit supérieur diagonalement de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant la position. Cette suture aboutit aux deux fontanelles ; alors que le doigt se dirige en avant ou en arrière, il devra rencontrer une des deux fontanelles, suivant la position. Je suppose que le doigt rencontre en avant et à gauche, à l'extrémité de la suture sagittale, la fontanelle postérieure, espace légèrement membraneux, triangulaire, formé par trois angles saillants (les angles des pariétaux et la pointe de l'occipital), et trois angles rentrants (les embouchures des deux branches de la suture lambdoïde et l'extrémité de la suture sagittale), on aura constaté une position occipito-iliaque gauche antérieure ; mais, pour être bien certain qu'en effet c'est la fontanelle postérieure que l'on a rencontrée et non l'antérieure, il faut tâcher d'atteindre l'autre fontanelle, qui doit être en arrière et à droite. Pour cela, on revient sur ses pas en suivant la suture sagittale, et, si cela est possible, on arrive à la fontanelle antérieure, espace membraneux largement ouvert, quadrilatère ou losangique, constitué par quatre angles osseux et quatre embouchures de sutures, et l'on n'a plus de doute alors sur la nature de la position occipito-iliaque gauche antérieure. Maintenant il est inutile de dire que, dans la position occipito-iliaque droite postérieure, la situation de la tête est inverse ; que la fontanelle postérieure sera sentie en arrière et à droite, et qu'en suivant la même marche, l'occiput étant pris pour point de repère, on diagnostiquera les autres positions du sommet.

Difficulté de l'appréciation.

Lorsque le sommet a été pendant quelque temps exposé au vide du détroit supérieur, le cuir chevelu devient le siége d'un afflux séro-sanguin, qui peut être assez prononcé pour former une bosse sanguine, considérable, qui masque les caractères de la présentation et bien plus souvent ceux de la position. Le doigt rencontrera, dans ce cas, une tumeur plus ou moins molle, plus ou moins saillante, que, de prime abord, on serait tenté de prendre pour une fesse, méprise qui, plus d'une fois, a été commise dans cette circonstance. Mais, en engageant le doigt sous l'orifice, on tâchera de dépasser la tumeur et d'arriver sur une partie de la tête, que sa résistance osseuse suffira pour caractériser ; on reconnaîtra alors la présentation du sommet. Quant à la position, elle est beaucoup moins facile à définir dans ce cas : l'empâtement du cuir chevelu masque quelquefois tout à fait les fontanelles. Les sutures, par suite du chevauchement des os du crâne, perdent aussi leur apparence membraneuse, et se présentent au doigt de l'accoucheur comme des bourrelets, des saillies longitudinales. Ce phénomène dépend de la compression que la tête éprouve en s'engageant. Heureusement, dans cette présentation, l'accouchement étant spontané, le plus ordinairement, quelle que soit la position, il suffit de savoir que c'est le sommet qui se présente et non une épaule, et qu'alors on peut laisser agir la nature.

Un défaut d'ossification (*fig.* 101, I) dans la longueur de la suture sagittale peut encore être pris pour une fontanelle et induire en erreur sur la direction de la tête, surtout quand il n'est possible d'atteindre qu'une des deux véritables fontanelles. L'ossification avancée des fontanelles, leur disparition, par suite du croisement des os au moment de l'engagement de la tête, sont encore capables d'égarer l'accoucheur. Il faut ajouter, cependant, que la fontanelle postérieure seule peut perdre de ses caractères, par suite de ce chevauchement des os ou de cette ossification avancée; tandis que l'antérieure, bien plus largement ouverte, conserve presque toujours en partie les siens.

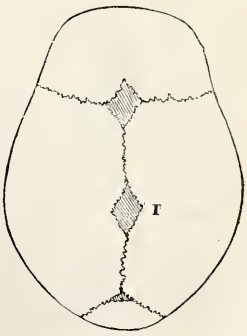


Fig. 101.

ARTICLE Ier.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

Le mécanisme de l'accouchement spontané est exactement le même dans toutes les positions du sommet, que l'occiput regarde un des points de la moitié latérale gauche ou de la moitié latérale droite du bassin. Une légère différence existe cependant entre les positions antérieures et les postérieures : dans les postérieures, le mouvement de rotation qui ramène l'occiput sous les pubis est plus étendu, et, de plus, ces positions peuvent quelquefois, mais très-rarement par anomalie, se convertir en positions postérieures directes. C'est une exception qui n'empêche pas de dire, en règle générale, que l'accouchement spontané s'effectue suivant les mêmes lois, quel que soit le point du détroit supérieur avec lequel l'occiput soit en rapport.

Aussi il suffira de décrire ce mécanisme dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, et dans la position occipito-iliaque droite postérieure.

§ 1. — **Mécanisme de l'accouchement spontané dans la présentation franche du sommet et dans la position occipito-iliaque gauche antérieure (cotyloïdienne gauche) : première position.**

Avant la rupture des membranes, la tête est à demi fléchie sur la poitrine; la bosse pariétale antérieure est plus accessible au doigt de l'accoucheur, et semble plus basse que la postérieure, que cela dépende, soit d'une inclinaison latérale de la tête, déterminée par l'antéversion ordinaire de l'organe, soit de l'inclinaison du plan du détroit supérieur; soit enfin, de ces deux raisons réunies.

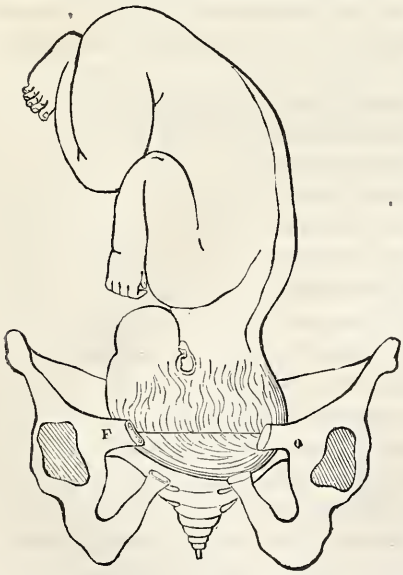


Fig. 105. — *Avant la flexion.*

Les deux fontanelles sont à peu près au même niveau sur le même plan; cependant la postérieure est un peu plus basse, et le doigt l'atteint plus facilement, surtout dans cette position, où cette fontanelle est située en avant du bassin.

La fontanelle postérieure est située en avant et à gauche; l'occiput

répondant au derrière de la cavité cotyloïde, la fontanelle antérieure est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite. Il résulte de cette situation, que le diamètre occipito-frontal (OF) [1] et la suture sagittale sont parallèles au diamètre oblique gauche, que le diamètre bi-pariétal est parallèle à l'autre diamètre oblique droit [2] ; je ne parle pas ici des circonférences qu'il me semble inutile de nommer, quand on a désigné les diamètres. Après la rupture des membranes commencent les phénomènes mécaniques de l'expulsion du produit, qu'on a divisés en cinq temps principaux pour en faciliter l'étude. Il ne faut pas croire cependant que ces cinq temps s'exécutent successivement avec la régularité avec laquelle je vais les décrire ; souvent deux de ces temps se combinent, puis un troisième commence avant l'entier accomplissement des deux premiers, etc., etc.

A. *Premier temps : flexion.* — Après la rupture des membranes, les contractions utérines s'exercent sur le produit, le compriment, et tendent à l'engager dans le détroit supérieur; mais la tête, qui se présente par un diamètre qui a près de 11 centimètres (OF), éprouve de la part de l'orifice et des parties molles qui tapissent le détroit supérieur une certaine résistance. Il est vrai qu'à l'aide de contractions utérines soutenues, la tête peut très-bien vaincre cette résistance sans changer de situation, mais elle en triomphera bien mieux en se fléchissant : aussi la tête, qui s'est présentée à demi fléchie, est sollicitée à compléter sa flexion, afin qu'un diamètre plus favorable, l'occipito-bregmatique (OB), vienne remplacer l'occipito-frontal, qui est plus étendu, et que l'engagement soit plus facile.

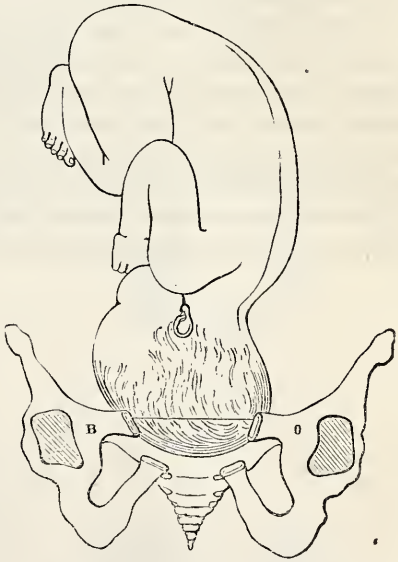


Fig. 106. — *Flexion : premier temps.*

Cette flexion favorise donc l'engagement, mais elle peut très-bien

[1] Le diamètre qui se présente n'est pas tout à fait l'occipito-frontal, il est un peu moins étendu.

[2] Suivant M. Nægelé, par suite de l'inclinaison latérale de la tête, ces deux diamètres ne doivent pas être parallèles.

ne pas s'accomplir, sans pour cela empêcher cet accouchement de s'effectuer : elle est utile, mais n'est pas indispensable. Aussi, dans la présentation du sommet, ne précède-t-elle pas toujours l'engagement et s'exerce en même temps que ce second temps, quelquefois même elle manque tout à fait. Souvent, enfin, la tête s'est présentée de prime abord toute fléchie. On s'explique très-bien le mécanisme de cette flexion, quand on considère que l'effort que la contraction utérine exerce sur le tronc du fœtus, transmis par le rachis, vient tomber sur le trou occipital, c'est-à-dire bien plus près de l'occiput que du menton, et qu'alors l'occiput tend à s'abaisser, et le menton à se rapprocher de la poitrine. Ajoutez que le produit, qui se présente déjà la tête à demi fléchie sur la poitrine, a nécessairement une grande tendance à se fléchir davantage. Je me contenterai de cette courte explication, sans me perdre, comme la plupart des auteurs, dans des développements mathématiques qui m'éloigneraient de mon but.

Après la flexion, les rapports de la tête changent : des deux fontanelles qui étaient au même niveau, sur le même plan, la postérieure s'abaisse et devient plus accessible ; l'antérieure, au contraire, remonte et devient souvent tout à fait inaccessible. Aussi on est tout surpris de ne plus sentir cette fontanelle à laquelle on arrivait facilement auparavant. Le diamètre sous-occipito-bregmatique vient remplacer le diamètre occipito-frontal, et la tête franchit le détroit supérieur en présentant ses plus petits diamètres.

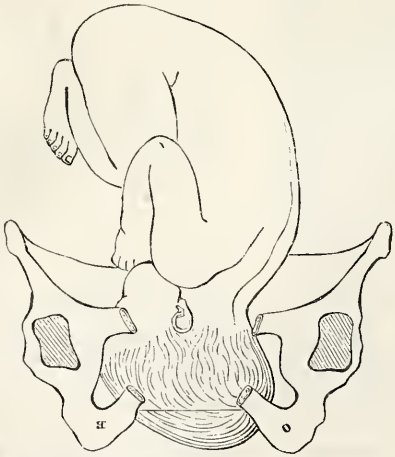


Fig. 107. — *Engagement : deuxième temps.*

B. *Deuxième temps : engagement.* — A mesure que la tête s'engage,

l'inclinaison de la tête cesse ; les bosses pariétales se redressent sur le même plan, et le redressement est complet, quand la descente de la tête est complète. La tête est toujours fléchie.

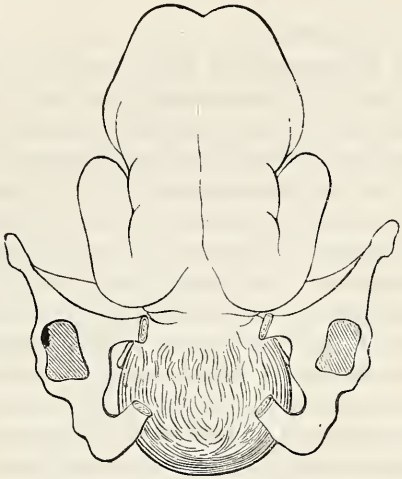
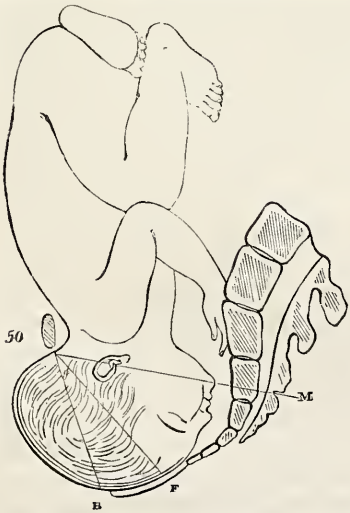


Fig. 108. — *Rotation : troisième temps.*

C. *Troisième temps : rotation.* — Puis enfin, quand cette tête repose



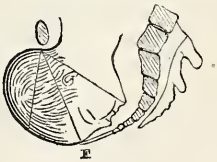


Fig. 110.

Fig. 111.

Fig. 109. — *Extension ou dégagement : quatrième temps.*

sur le plancher du bassin, le fœtus exécute en totalité un mouvement de rotation, qui porte l'occiput sous la branche ischio-pubienne;

puis enfin, la suture sagittale se place parallèlement au grand diamètre de la vulve, l'occiput s'engage dans l'arcade pubienne, et les épaules franchissent le détroit supérieur. La figure 108 représente ce mouvement.

D. *Quatrième temps : extension.* — Alors commence à s'opérer le quatrième temps. L'extension, la force expultrice, qui jusque-là avait agi sur l'occiput, ne s'exerce plus que sur le menton, parce que la partie postérieure du cou, en venant s'appliquer derrière la symphyse des pubis, a détruit, par sa résistance, la somme des forces de contraction qui s'exerçait sur l'occiput ; le menton s'éloigne peu à peu de la poitrine, parcourt la concavité du sacrum, et l'on voit successivement se dégager à la vulve l'occiput sous les pubis, puis à la commissure antérieure du périnée (B), la fontanelle antérieure, le front, le nez, enfin le menton. Les diamètres qui mesurent le dégagement sont donc le sous-occipito-bregmatique (so-B), le sous-occipito-frontal (so-F), le sous-occipito-mentonnier (so-M). Dans la figure 109, déjà le sous-occipito-bregmatique (so-B) est hors des parties. Dans la figure 110, le sous-occipito-frontal (so-F vient de s'échapper ; enfin, dans la figure 111, la tête s'est dégagée par son diamètre sous-occipito-mentonnier (so-M), le menton est en dehors des parties, et le périnée est remonté sur le col de l'enfant.

E. *Cinquième temps : restitution et rotation extérieure.* — Une fois

Fig. 112. — *Rotation extérieure : cinquième temps.*

que la tête a franchi la vulve, elle retombe vers l'anus, reste quelques secondes la face en arrière, puis elle exécute souvent un petit mouvement de rotation presque imperceptible, qui porte l'occiput

vers l'aine gauche de la femme ; puis, enfin, un mouvement de rotation bien plus étendu, qui porte l'occiput vers la partie interne de la cuisse, du même côté. Le premier mouvement seul doit être appelé mouvement de restitution ; le second, qui faussement avait reçu ce nom, doit être appelé mouvement de rotation extérieur. Cette observation est due à M. Gerdy aîné. En effet, le premier de ces mouvements seul est déterminé par la nécessité où se trouve la tête de reprendre ses rapports naturels avec le tronc, il n'est pas constant; le second n'est que la représentation extérieure du mouvement de rotation intérieur des épaules. Et voici comment les choses se passent dans ces deux circonstances.

Quoique le tronc suive exactement, dans la plupart des cas, les différents mouvements de rotation que la tête exécute, cependant il arrive souvent qu'au moment où l'occiput va se rendre sous les pubis, dans une situation antéro-postérieure complète, les épaules restent encore légèrement diagonales. Alors, une fois que la tête est dégagée, qu'elle est libre des parties génitales, la tête reprend ses rapports naturels avec le tronc, et l'occiput va regarder l'aine de la femme (mouvement de restitution). Mais les épaules ne pouvant se dégager hors du détroit inférieur dans cette situation presque transversale, elles exécutent un mouvement de rotation intérieure qui les rend presque antéro-postérieures ; la tête suit extérieurement ce mouvement, et l'occiput va se mettre alors en rapport avec la cuisse gauche, parce qu'avant l'engagement il regardait le côté gauche (mouvement de rotation extérieure).

Mais ce dernier mouvement est souvent le seul appréciable : le premier, ou n'a pas besoin de s'exécuter parce que les épaules ont suivi le mouvement imprimé à la tête, ou il passe inaperçu, tant il est faible quand il s'exécute.

C'est donc dans une situation légèrement diagonale que, dans la plupart des cas, les épaules se dégagent hors du détroit inférieur; la tête étant située dans le sens antéro-postérieur direct : l'épaule droite se place sous la branche ischio-pubienne droite ; la gauche, au-devant du ligament sacro-sciatique gauche, de sorte que leur diamètre bisacromial est en rapport avec le diamètre oblique droit du détroit inférieur. L'épaule antérieure, suivant les uns, l'épaule postérieure, suivant les autres, se dégage la première : il n'y a pas, en effet, de règle générale à cet égard; et l'on peut ajouter de plus que souvent les deux épaules franchissent à la fois la vulve. Après ce dégagement des épaules, le tronc est immédiatement expulsé en se courbant sur sa région latérale droite, pour s'accommoder à la courbure de l'excavation.

§ 2. — Mécanisme de l'accouchement naturel dans la position occipito-iliaque droite postérieure : deuxième de M. P. Dubois, quatrième de Baudeloque.

Dans cette position, qui est l'opposé de la précédente, l'occiput est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite. Le front est situé derrière la cavité cotyloïde gauche ; mais les autres rapports de la tête sont les mêmes. Ainsi la suture sagittale et le diamètre occipito-frontal sont parallèles au diamètre oblique gauche ; le diamètre bi-pariétal est parallèle à l'autre diamètre oblique droit. La bosse pariétale qui est en avant, semble aussi plus basse ; les deux fontanelles sont à peu près sur le même plan, mais la postérieure est bien plus difficile à atteindre que d ans la position qui précède, parce qu'elle est en arrière ; l'antérieure, au contraire, est plus facilement accessible.

J'ai déjà dit que le mécanisme de l'accouchement, dans cette position, s'accomplit suivant les mêmes lois, dans l'immense majorité des cas, que celui que je viens de décrire. Il se compose également de cinq temps, dont quelques-uns présentent des particularités qu'il faut noter.

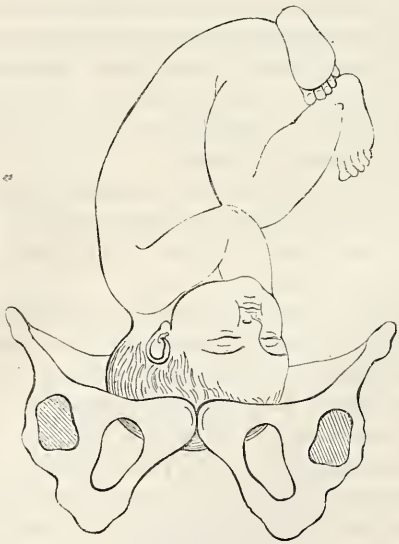


Fig. 113.

A. *Premier temps : flexion.* — Avant comme après ce mouvement de la tête, ses diamètres ont les mêmes rapports avec ceux du bassin que dans le cas précédent. Après la flexion, la fontanelle antérieure devient moins accessible, mais elle peut cependant être encore

atteinte par le doigt, parce qu'elle est en avant du bassin ; la postérieure s'abaisse.

B. *Deuxième temps d'engagement.* — Rien à noter.

C. *Troisième temps de rotation.* — La tête exécute le même mouvement de rotation que dans le cas précédent ; seulement cette rotation est beaucoup plus étendue : l'occiput parcourt toute la moitié latérale droite du bassin, et il va se rendre sous les pubis pour s'y dégager.

D. *Quatrième temps : extension.* — Rien de particulier à noter.

E. *Cinquième temps : restitution et rotation extérieure.* — Enfin le reste de l'expulsion est exactement le même que si l'occiput se fût de prime abord trouvé en avant et à droite.

Il est facile maintenant de se représenter ce mécanisme dans les autres positions, occipito-iliaque droite antérieure et gauche postérieure, ainsi que dans les transversales ; aussi je les passe sous silence.

§ 3. — Mécanisme de l'accouchement spontané dans les variétés de la présentation du sommet.

Causes de ces variétés.

J'ai déjà dit, dans la classification des présentations, que ces variétés de présentation dépendaient des diverses inflexions de la tête du produit sur le tronc, et n'étaient pas déterminées par les inclinaisons de l'organe. Telle est l'opinion de M. P. Dubois. Mais,

Fig. 114.

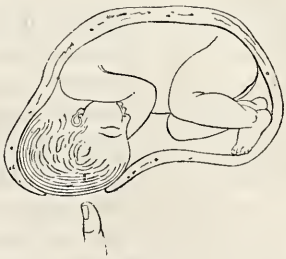


Fig. 115.

quoique les choses se passent ainsi dans la plupart des cas, je suis convaincu que, dans certaines circonstances, rares il est vrai, ces inclinaisons de la tête peuvent dépendre de celles du tronc de l'enfant entraîné lui-même par les inclinaisons de l'utérus.

Ainsi, prenant la variété frontale du sommet pour exemple, voilà quelle serait l'attitude du produit dans cette variété, sans inclinaison utérine (fig. 114). Tête non fléchie sur le tronc, fontanelle antérieure sentie par le doigt et occupant le centre du détroit supérieur.

Au contraire (fig. 115), dans cette variété causée par une inclinaison, la tête se présenterait fléchie, comme dans la présentation franche du sommet, mais on n'en sentirait pas moins la fontanelle antérieure au centre du détroit supérieur. En un mot, le diagnostic de la présentation serait pour la tête exactement le même dans ces deux cas.

Cette distinction n'est pas inutile à établir en pratique ; car, en effet, si dans l'immense majorité des cas les variétés de présentations qui ne sont pas déterminées par des inclinaisons se réduisent toujours d'elles-mêmes, sans que l'art intervienne, il n'en est pas absolument de même de celles qui sont dues à ces inclinaisons. Dans ce cas, il faut soutenir l'utérus, le ramener à sa situation normale pendant la contraction ; on obtient, à l'aide de cette précaution, deux effets : 1° on force les contractions de l'utérus à s'exercer suivant l'axe du détroit supérieur ; 2° on met les parties fœtales inclinées en rapport avec cet axe, et si la tête suit le redressement du tronc, elle se présentera, après la réduction, par des diamètres plus favorables (voyez *Obliquités utérines pendant le travail*) [1].

Des variétés pariétales.

Les variétés de présentations pariétales sont au nombre de deux : l'une pour le pariétal gauche ; l'autre pour le pariétal droit.

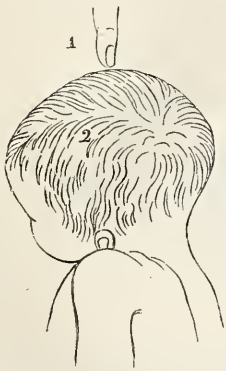


Fig. 116.

A. *Diagnostic des variétés pariétales.* — On sent, au détroit supérieur, une tumeur qui a tous les caractères du sommet, mais le doigt arrive directement sur une partie plus solide, plus saillante, qui est la bosse pariétale. La suture sagittale est tout à fait sous les pubis, quand la bosse pariétale, qui est en arrière, occupe le centre du bassin : c'est le cas qui est représenté par la figure ci-jointe. Cette suture est tout à fait dans la concavité du sacrum, quand c'est la bosse pariétale antérieure qui se présente.

B. *Diagnostic des positions de ces variétés.* — Il est exactement le

[1] J'ai eu tout dernièrement l'occasion de constater ce fait chez une jeune femme

même que dans les positions de la présentation franche. En effet, que la tête soit inclinée à droite ou à gauche, l'occiput n'en pourra pas moins être en rapport avec tous les points du contour du détroit supérieur.

C. *Mécanisme de l'expulsion.* — Le mécanisme de l'expulsion est encore exactement le même que dans la présentation franche ; seulement il y a un temps de plus qui précède tous les autres, le temps de redressement de la tête. Après le redressement, la présentation est devenue franche, et le reste de l'expulsion s'accomplit, comme si la tête ne se fût pas présentée d'abord inclinée.

Voilà ce qui a lieu dans l'immense majorité des cas ; quelquefois, cependant, la tête peut s'engager inclinée, sans que le redressement préalable ait eu lieu, et l'accouchement se compose alors de cinq temps comme dans la présentation franche : après l'engagement, la tête se redresse en exécutant son mouvement d'extension. On a même vu le sommet se dégager sans s'être redressé. En un mot, la nature se suffit presque toujours à elle-même, et il est très-rare, comme j'aurai occasion de le dire plus tard, que l'art soit obligé d'intervenir pour ces variétés pariétales.

Je n'ai jamais observé qu'une variété pariétale, non réduite, ait empêché l'engagement de la tête. Les registres de la Clinique d'accouchements de Paris n'en contiennent pas un seul exemple qui ait nécessité l'intervention ; et même dans trois circonstances, où l'oreille était sentie à l'orifice utérin, j'ai encore vu l'accouchement se terminer spontanément [1], même sans redressement préalable de la tête.

Je pourrais aussi citer un bon nombre d'observations de variétés

que j'assistais pour la seconde fois. Dès le début du travail, le sommet se présentait en variété frontale ; la fontanelle antérieure répondait au centre du détroit supérieur ; la postérieure était inaccessible, quoiqu'elle fût en avant et à gauche ; l'utérus était fortement incliné à droite et en avant. Malgré une dilatation complète, malgré des douleurs énergiques et bien secondées par les efforts de la femme, la tête ne se fléchissait pas et restait fixée au détroit supérieur. Ce fut seulement lorsque je réduisis l'utérus que l'engagement s'effectua, après un redressement préalable de la tête qui eut lieu spontanément. L'index de la main droite put suivre cette réduction ; au moment où ma main gauche releva l'utérus, je sentis la tête glisser sur l'orifice, la fontanelle antérieure quitter le centre du bassin, se rapprocher de la symphyse sacro-iliaque droite, et l'occiput s'abaisser assez pour que la fontanelle postérieure vînt occuper exactement la place que venait de quitter le bregma.

[1] Observation Ire. — Le 13 mars 1835, la nommée Ponthus, âgée de quarante ans, fut prise des premières douleurs, à une heure du matin, et accoucha le même jour à sept heures du matin, après un travail de cinq heures trois quarts seulement. Et cependant l'enfant, qui vint au monde fort et bien portant, s'était présenté par le sommet en *variété pariétale très-inclinée*, à tel point qu'il était très-facile de sentir

pariétales qui se sont redressées avant de s'engager, c'est un fait assez commun. Je me contenterai de citer celles où la tête s'est engagée sans se redresser.

Variété frontale.

Cette variété de présentation du sommet résulte de ce que la tête ne se présente pas fléchie, bien qu'elle ne soit pas non plus étendue, comme cela a lieu dans la présentation de la face.

a. Diagnostic de la présentation. — Le doigt arrive immédiatement sur la fontanelle antérieure, qui occupe le centre du détroit supérieur ; il peut même atteindre quelquefois la racine du nez, mais il ne peut sentir la fontanelle postérieure, à moins, cependant, que celle-ci ne corresponde à la moitié antérieure du bassin, encore dans ce cas même éprouvera-t-on beaucoup de peine à arriver jusqu'à elle. Le diamètre qui se présente est à peu près l'occipito-frontal : il a 11 centimètres. Du reste, tous les autres caractères sont ceux du sommet qui se présente à demi fléchi.

Fig. 117.

b. Diagnostic de la position. — Le même que dans la présentation franche, mais il est plus difficile à apprécier, à cause de l'élévation de la fontanelle postérieure.

c. Mécanisme de l'expulsion. — Le mécanisme de l'expulsion, dans ce cas, se compose de cinq temps, comme dans la présentation fran-

l'oreille derrière la cavité cotyloïde droite. De plus, cette tête était située en position *occipito-iliaque droite postérieure.* Cette observation est curieuse sous deux rapports ; car, dans cette expulsion, il fut facile de constater, non-seulement la facilité de l'engagement malgré l'inclinaison forcée de la tête, mais encore le mouvement de rotation qui ramena l'occiput en avant. En effet, quoique les contractions utérines fussent peu énergiques, la tête s'engagea rapidement sans se redresser. Puis, quand cette tête reposa sur le plancher du bassin, elle exécuta son mouvement de rotation ; l'oreille était toujours accessible, ce qui indiquait que le redressement n'avait pas eu lieu. Elle quitta bientôt la cavité cotyloïde droite, vint se placer sous les pubis, puis derrière la cavité cotyloïde gauche, puis devint inaccessible au moment où l'occiput s'engagea dans les parties génitales, parce que le redressement de la tête venait de s'effectuer, et que, de plus, la rotation étant complète, l'oreille s'était beaucoup trop reportée à droite pour rester accessible. La lenteur de l'expulsion permit très-bien de suivre ces différents mouvements.

Observation II. — La nommée Tardy, âgée de vingt-cinq ans, primipare, fut prise des premières douleurs le 28 mars 1835, à six heures du soir. La tête se présentait par le sommet incliné en variété pariétale gauche ; l'oreille pouvait être facilement sentie derrière les pubis. L'occiput répondait aussi, comme dans le cas précé-

che, le temps de flexion est seulement un peu plus étendu. Si le temps de flexion vient à manquer, ce qui aura d'autant moins souvent lieu que cette flexion est plus nécessaire, l'engagement ne s'en effectuera pas moins, si le bassin est bien conformé, et si la tête n'a que ses dimensions normales. En effet, l'étendue du détroit supérieur d'un bassin bien conformé, étant au moins de 11 centimètres et demi pour les diamètres obliques vers lesquels la tête tend toujours à s'engager, la tête qui ne mesure que 11 centimètres, quand elle se présente par sa variété frontale, devra toujours s'engager : c'est ce qui a lieu. Si l'engagement ne s'effectue pas quand il existe des contractions utérines, c'est qu'une circonstance étrangère à la présentation s'oppose à l'engagement : un excès de volume de la tête, par exemple, ou un rétrécissement du bassin, qui peut-être aurait permis l'engagement d'une tête fléchie. Il n'en demeure pas moins constant que la variété frontale, par elle-même, n'est jamais un obstacle à l'engagement dans un bassin bien conformé. Je l'ai vu même s'effectuer dans un cas où le bassin était sensiblement rétréci.

La nommée Vanesse, à terme, fut amenée à la Clinique le 10 octobre 1840, à six heures du soir. Elle était en travail depuis le vendredi 9 octobre, à huit heures du soir. La tête, qui s'était présentée en variété frontale, première position, malgré des douleurs énergiques, ne s'était pas engagée. L'enfant avait cessé de vivre. Peu de temps après l'entrée de cette femme à la salle, l'engagement de la tête fit quelques progrès, mais les contractions utérines se ralentissant sensiblement, la sage-femme en chef, madame Callé, me fit prévenir. A mon arrivée, je trouvai la tête si abaissée, que je ne voulus rien en-

dent, à la symphyse sacro-iliaque droite (position occipito-iliaque droite postérieure).

La tête put très-bien, sous l'influence de contractions énergiques, plonger dans l'excavation sans se redresser ; mais arrivée sur le plancher du bassin, les contractions se ralentirent et la rotation de la tête ne put se compléter. L'occiput s'était arrêté entre l'extrémité du diamètre transverse et la cavité cotyloïde droite.

Il ne fut pas possible de ranimer les contractions, et le forceps dut être appliqué. La tête fut prise régulièrement par les pariétaux ; l'enfant fut extrait vivant ; mais malgré tous les soins possibles le périnée fut compromis dans l'étendue d'un demi-pouce environ, tant il était friable. La femme se rétablit parfaitement.

Dans cette présentation pariétale, comme dans la précédente, l'engagement a pu s'effectuer sans le redressement préalable, et sans l'inertie utérine, l'accouchement se serait terminé spontanément.

Observation III. — Le 23 mai 1839, la nommée Courtois, primipare, accoucha spontanément d'un enfant vivant, qui s'était présenté par le sommet, tellement incliné, qu'on sentait l'oreille derrière les pubis ; la position était une occipito-iliaque gauche antérieure. L'engagement et l'expulsion furent aussi rapides que si la présentation eût été franche.

treprendre. En effet, malgré le peu d'énergie des contractions, pendant le temps que je mis à me rendre à la salle, la tête avait exécuté son mouvement de rotation, elle était venue reposer sur le plancher du bassin, et l'occiput, placé sous les pubis, commençait déjà à distendre la vulve, à tel point que quelques minutes après mon arrivée, l'expulsion se termina spontanément le 10, à huit heures du soir, après vingt-quatre heures de travail.

Le bassin de cette femme était sensiblement rétréci ; cette circonstance avait pu seule retarder l'engagement de la tête. Et, comme on le voit, cependant, malgré la variété frontale, l'engagement ne s'en fit pas moins, quoique le bassin fût vicié. On peut juger par là de ce qui doit se passer dans un bassin bien conformé. Je ne cite ce fait que pour prouver la facilité de l'engagement du diamètre occipito-frontal dans un bassin normal, et non pas pour engager à rester dans l'inaction dans une circonstance semblable. En effet, si la personne qui a assisté cette femme était intervenue en temps utile, après avoir constaté l'insuffisance des contractions utérines, et le séjour prolongé de la tête au détroit supérieur, cet accouchement n'aurait pas eu pour l'enfant, et pour la mère surtout, des conséquences aussi fâcheuses. L'enfant périt par suite de la prolongation du travail ; et le séjour prolongé de la tête au détroit supérieur détermina une escarre, et par suite une fistule vésico-vaginale. Cependant, il faut bien le dire, ces accidents ne sont pas toujours la conséquence nécessaire du travail prolongé : on voit, en effet, des enfants arriver pleins de vie, sans compromettre l'intégrité des parties de leur mère, après un accouchement plus long, plus pénible que celui que je viens de décrire. De plus, si le bassin eût été bien conformé, il est certain qu'on n'aurait pas eu à déplorer des accidents aussi fâcheux pour la mère et l'enfant.

Au reste, dans cette circonstance, l'enfant ayant cessé de vivre, la tête étant près de se dégager quand je fus appelé, je m'applaudis beaucoup de n'être pas intervenu, car le forceps eût été accusé, certainement, des désordres que le séjour seul de la tête avait déterminés.

Variété occipitale.

a. Diagnostic de la présentation. — Dans cette présentation qui est l'inverse de la précédente, la tête se présente fortement fléchie, et c'est la fontanelle postérieure qui occupe le centre de l'orifice ; la fontanelle antérieure est très-difficile à atteindre si elle est en avant, impossible si elle est en arrière : c'est un diamètre favorable à l'engagement qui mesure cette présentation ; il s'étend de

la partie sous-occipitale au sommet, et il a 9 centimètres et demi.

b. Diagnostic de la position. — Le diagnostic est le même que dans la présentation franche, mais plus difficile à apprécier, puisqu'on ne peut atteindre qu'une fontanelle.

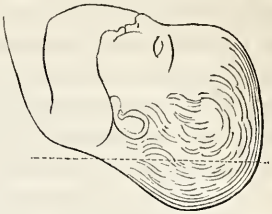


Fig. 118.

c. Mécanisme de l'expulsion. — Une seule particularité doit être notée dans l'accouchement spontané : le premier temps de flexion manque complétement, parce que la tête se présente déjà fortement fléchie, elle se défléchit même un peu à mesure qu'elle s'engage. L'expulsion est, du reste, aussi facile que dans la présentation franche. (Pour les exceptions, voyez *Manœuvres.*)

Pronostic des variétés de présentation.

Le pronostic est, dans la grande majorité des cas, aussi favorable que dans la présentation franche. Aux premières contractions la tête se redresse ou s'engage fortement fléchie, et l'accouchement est aussi rapide, aussi heureux que si la tête se fût présentée franchement.

Si j'insiste quelque peu sur ces variétés de présentations, c'est bien moins à cause de leur importance pratique que pour ne pas laisser de lacune dans les présentations du produit. En effet, ces variétés ne constituent presque jamais une difficulté, ou il faudrait, pour cela, qu'elles fussent très-exagérées, ce qui est bien rare chez un fœtus à terme. Mais quand bien même l'oreille serait sentie au détroit supérieur, quand bien même le derrière du col occuperait le centre de ce détroit, ou le front en plein, la nature se suffirait encore à elle-même dans la majorité des cas, et elle parviendrait bien mieux que la main à corriger les inclinaisons forcées. (Voyez *Manœuvres.*)

En un mot, quelle que soit la présentation, quand la tête occupe le détroit supérieur, qu'elle est bien conformée et le bassin aussi, la nature suffit presque toujours à en déterminer l'engagement et le dégagement.

ARTICLE II.

ANOMALIES DANS LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

§ 1. — Flexion.

J'ai déjà dit, à l'occasion du mouvement de flexion, que ce premier temps s'opère souvent en même temps que l'engagement ; j'ajouterai qu'il peut manquer, soit que la tête se soit présentée fléchie, soit

qu'elle s'engage sans se fléchir : en effet, ce mouvement ne s'exécute quelquefois que lorsque la tête est arrivée sur le plancher du bassin.

Le mouvement de flexion présente aussi quelques irrégularités ; il n'est pas rare, surtout dans les positions occipito-postérieures, que le menton, au lieu de se rapprocher de la poitrine, s'en éloigne au contraire, que la tête se défléchisse par conséquent, et que la fontanelle antérieure se rapproche par degrés du centre du bassin, comme si elle s'était présentée en variété frontale du sommet. Cette anomalie est ordinairement passagère, et la tête, parvenue sur le plancher du bassin, se fléchit de nouveau. Dans quelques cas plus rares, et qui sont le contraire des précédents soit que la flexion de la tête ait dépassé les limites ordinaires, soit que le tronc du fœtus soit renversé sur sa région postérieure, la fontanelle occipitale occupe le centre de l'excavation, comme dans une variété de présentation occipitale. Arrivée sur le plancher du bassin, la résistance que la tête y rencontre la ramène graduellement à sa situation régulière.

§ 2. — Engagement.

Les anomalies dans le temps d'engagement ne dépendent que de circonstances étrangères à la présentation, et qui requièrent l'intervention de l'art : je n'ai donc pas à m'en occuper pour le moment.

§ 3. — Rotation.

Le mouvement de rotation ne s'exécute, le plus ordinairement, que lorsque la tête repose sur le plancher du bassin ; cependant il peut s'effectuer, en partie, en même temps que le temps d'engagement, et se compléter quand la tête est arrivée sur le périnée. De même, il peut ne s'accomplir qu'au moment où la tête, ayant franchi diagonalement le détroit inférieur, se dégage hors des parties molles : c'est un fait que j'ai eu souvent l'occasion de constater chez les primipares. En effet, on conçoit que la tête puisse très-bien se dégager diagonalement hors du détroit inférieur, en accommodant son diamètre occipito-frontal à l'un des diamètres obliques de ce détroit ; puis, que se présentant à la vulve, dont le grand diamètre est antéro-postérieur, elle soit forcée de compléter son mouvement de rotation, par suite de la résistance que lui opposent les parties molles.

De plus ce mouvement peut s'exagérer : j'ai aussi constaté ce fait. Ainsi, l'occiput, qui était placé à droite ou à gauche, peut passer du côté opposé sans s'arrêter sous la symphyse des pubis et l'on est tout surpris de trouver une position autre que celle que l'on avait constatée au début du travail. Après cette exagération dans son mou-

vement de rotation, l'occiput revient sur ses pas pour s'engager enfin sous les pubis. Cette anomalie a bien rarement lieu en sens inverse. Cependant je l'ai observée une fois à la Clinique : l'occiput, qui était transversal et à gauche, est allé se mettre en rapport avec la symphyse sacro-iliaque du même côté ; puis passant en avant et au-dessous de l'angle sacro-vertébral, il a parcouru toute la paroi latérale droite du bassin, et est venu se dégager sous les pubis, comme cela aurait eu lieu dans une position occipito-iliaque droite postérieure, réduite en antérieure.

a. Dégagement du sommet en position occipito-postérieure. — Enfin ce mouvement de rotation, que je viens de présenter comme pouvant s'exécuter prématurément ou tardivement, comme pouvant être complet ou exagéré, peut aussi s'exécuter en arrière : ainsi, par exemple, dans une position occipito-iliaque droite postérieure, l'occiput, par une rare exception, au lieu d'aller se rendre sous la symphyse des pubis, peut être conduit dans la concavité du sacrum ; et dans ce cas si le volume de l'enfant est normal, si le bassin est bien conformé, l'expulsion se termine le plus souvent en vertu des seuls efforts de la contraction utérine, opinion qui n'était pas généralement reçue dans le siècle dernier. Mais il faut bien dire aussi, que la plus légère disproportion entre le produit et le canal qu'il doit parcourir, surtout si les contractions ne sont pas énergiques, rend l'expulsion spontanée impossible.

Deux fois dans la même année (1860) je viens de constater ce fait. (Voyez *application du forceps dans cette position.*)

La tête se fléchit fortement, s'engage diagonalement dans le détroit supérieur ; puis, à mesure qu'elle franchit ce détroit, l'occiput va se rendre dans la concavité du périnée, ou bien la tête s'engage dia-

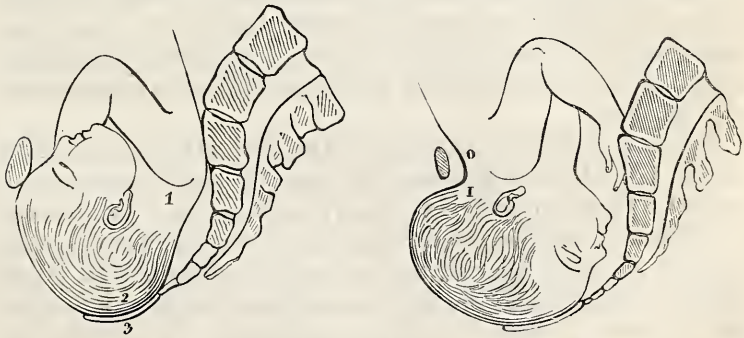


Fig. 119. — *Bassins vus de profil.* — Fig. 120.

gonalement au détroit supérieur, et se dégage ainsi hors du détroit

inférieur, sans être allée se rendre directement dans la concavité du sacrum. Quoi qu'il en soit, le périnée, fortement distendu, s'allonge; l'occiput parcourt sa concavité, apparaît à sa commissure antérieure, en même temps que le front paraît sous les pubis, et la tête se dégage par son diamètre occipito-frontal plein. Aussi le périnée exige-t-il dans ce cas des soins tout particuliers.

C'est ainsi que s'accomplit, dans l'immense majorité des cas, le dégagement occipito-postérieur, et non comme on a l'habitude de le décrire. L'occiput ne se dégage pas le premier, et après sa sortie, la fontanelle antérieure, la suture coronale, le front, le nez, la bouche et le menton ne s'abaissent pas successivement en glissant sous la symphyse des pubis.

Cependant, quoique cet accouchement soit spontané dans la plupart des cas, il s'en faut qu'il se termine aussi facilement que dans les positions occipito-antérieures, ou que dans les postérieures qui se sont réduites en antérieures. En effet, dans les positions occipito-antérieures, la tige inflexible (OI) (fig. 120) qui s'étend de la partie sous-occipitale à l'articulation atloïdo-axoïdienne est très-peu étendue, elle peut s'accommoder facilement au derrière de la symphyse des pubis, et permet à l'occiput de franchir sans difficulté cette symphyse; tandis que, dans les positions restées postérieures, cette tige inflexible (1, 2, fig. 119), se mesure de l'occiput aux premières vertèbres dorsales: elle est donc bien plus étendue, et comme elle est droite, elle s'accommode mal avec le canal courbe que le fœtus doit parcourir; car, pour que l'occiput puisse arriver jusqu'à la commissure antérieure du périnée, il faut que cette tige parcoure la paroi postérieure de l'excavation, bien plus étendue que l'antérieure et qu'elle redresse le plancher du bassin. Or, il faut, pour que ces phénomènes s'accomplissent, que la flexion antérieure du fœtus soit très-prononcée, et que la résistance du périnée soit vaincue : aussi cette expulsion est-elle, dans la plupart des cas, plus longue et plus pénible pour la mère, et nécessite-t-elle des contractions plus énergiques et plus soutenues.

Mais cette difficulté dans l'expulsion ne provient pas de ce que l'effort de la contraction utérine n'est transmis qu'indirectement au produit. Je crois, au contraire, que le produit, par sa situation, constitue dans la position occipito-postérieure une tige non interrompue qui transmet les contractions jusqu'à l'occiput bien mieux qu'elles ne sont transmises dans la position antérieure, où la ligne que représente le fœtus est brisée au niveau de l'articulation du cou. Il suffit, pour que ce fait devienne évident, de jeter les yeux sur les deux figures (119, 120) et de les comparer.

L'expulsion spontanée peut encore s'effectuer suivant un autre mode, dans les positions postérieures, restées telles. La présentation du sommet, par suite de la déflexion de la tête, peut se convertir, dans l'excavation, en présentation de la face. Le menton vient alors se dégager le premier sous les pubis; mais il faut, pour que cette substitution de présentation puisse avoir lieu dans l'excavation, que ses diamètres soient très-grands, ou que ceux de la tête soient très-réduits, car le diamètre occipito-mentonnier, qui a au moins 13 centimètres 1/2, ne peut se mettre en rapport avec les diamètres de l'excavation, qui, dans l'état normal, doivent avoir 12 centimètres au plus.

Ce mouvement de rotation peut manquer tout à fait : l'art est souvent dans ce cas forcé d'intervenir, non pas, comme je l'ai dit, parce que la tête ne peut franchir le détroit inférieur, quand elle est diagonale, mais parce que la résistance du périnée s'oppose, surtout chez les primipares, à ce que cette tête franchisse la vulve, sans que sa rotation soit complète.

§ 4. — Rotation extérieure de la tête, intérieure des épaules.

Le mouvement de rotation des épaules peut aussi offrir quelques variétés ; il peut s'opérer incomplétement, ou manquer tout à fait, ce qui dépend, comme je le dirai plus tard, du plus ou moins de résistance du périnée, et, dans ce cas, le mouvement de rotation extérieure de la tête ne s'exécute qu'imparfaitement ou pas du tout, ce qui vient confirmer de tout point l'opinion de Gerdy aîné, sur le mouvement de rotation.

Enfin, le mouvement de rotation des épaules peut aussi s'exagérer. Ainsi, dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, après la sortie de la tête, les épaules sont transversales; l'épaule qui est à gauche doit aller se rendre dans la concavité du sacrum, pour que le diamètre bis-acromial soit placé dans une situation antéro-postérieure. Mais au lieu de revenir sur ses pas pour aller se rendre dans la concavité du sacrum, cette épaule peut se placer sous les pubis, l'épaule droite se rentre dans la concavité du sacrum, et le dos, qui répondait à gauche, se mettre alors en rapport avec le côté droit. La rotation de la tête, qui est, comme je l'ai dit, la conséquence du mouvement de rotation des épaules, s'exécute aussi dans ce cas en sens inverse, et l'occiput, au lieu de regarder la cuisse gauche, tourne vers le côté droit. Nouvelle confirmation de l'opinion de M. Gerdy [1].

[1] Le 21 mars 1835, la nommée Charton accoucha d'une fille qui s'était présentée en position occipito-iliaque droite postérieure. Le mouvement de rotation intérieure

§ 5. — Causes du mouvement de rotation.

Comme on a pu le voir dans la description que je viens de faire de l'accouchement spontané, l'occiput, quel que soit le point du contour du détroit supérieur avec lequel il est en rapport, vient se rendre sous les pubis. Quelle est la cause de ce mouvement de rotation? Avant les travaux de Nægelé, on pensait que cette cause résidait dans les plans inclinés, deux antérieurs, deux postérieurs, qui conduisent l'occiput sous les pubis, quand ils correspondent à la moitié antérieure du bassin; et dans la concavité du sacrum, quand il était primitivement en rapport avec la moitié postérieure de l'excavation. Aussi n'admettait-on pas la conversion d'une position postérieure en une position antérieure. Cependant si les plans inclinés avaient sur le mouvement de rotation de la tête une action aussi directe, ce mouvement ne s'exécuterait pas au-dessous de ces plans,hors de leur sphère d'action, et nous savons que ce mouvement ne commence, dans la plupart des cas, que lorsque la tête repose sur le plancher du bassin et lorsqu'elle a déjà dépassé ces plans. De plus, si les plans inclinés déterminaient ce mouvement de rotation, on verrait toujours les deux plans antérieurs conduire l'occiput sous les pubis, quand cette partie de la tête du fœtus répond à l'un des points de la moitié antérieure du bassin, et les deux plans postérieurs conduire l'occiput en arrière, dans le cas où il est en rapport avec la moitié postérieure du bassin. Et l'expérience prouve que l'occiput revient toujours en avant, quel que soit le point du contour du détroit supérieur auquel il corresponde. Où est donc l'influence des plans inclinés postérieurs? Nægelé pense au contraire que cette cause réside dans un grand nombre d'éléments, savoir: d'une part, le volume, la forme et la mobilité des parties qui sont expulsées, et d'autre part la capacité, la forme du canal qui est parcouru; et telle est l'influence de cette combinaison, que les parties du fœtus se placent dans des conditions les plus fa-

s'était régulièrement exécuté, et l'occiput, d'une situation postérieure, était venu se placer en avant; mais après le dégagement de la tête, l'occiput, au lieu de se mettre en rapport avec la cuisse droite, repassa à gauche, par suite de l'exagération dans le mouvement de rotation extérieure.

Le 22 mars 1835, la nommée Sellier accoucha d'une fille forte, qui s'était présentée par le sommet en première position. L'occiput se dégagea régulièrement sous les pubis; mais, à mesure que la tête avançait, l'occiput se dirigeait à gauche, puis à droite et en bas; enfin, il se trouva tout à fait en rapport avec le périnée. Les épaules, étant alors dans une situation transversale, ne purent se dégager que lorsque l'occiput, revenant sur ses pas, se fut de nouveau mis en rapport avec la cuisse gauche.

vorables à leur passage. Or, les positions occipito-pubiennes étant les plus favorables, toutes les positions, suivant la règle, devront se réduire à ce type pour se dégager. Le plancher du bassin joue dans cette rotation, sans contredit, le plus grand rôle : c'est bien évidemment la résistance qu'il oppose aux parties qui détermine cette rotation. Les expériences que M. P. Dubois a faites à la Maternité rendent cette explication très-simple et très-intelligible. Je laisse parler le professeur lui-même : « Chez une femme morte peu de « temps après être accouchée, l'utérus, resté flasque et volumineux, « fut largement ouvert jusqu'auprès de l'orifice. Le fœtus même de « cette femme fut placé à l'orifice de l'utérus très-béant et très-mou, « dans une position occipito-iliaque droite postérieure du sommet. « Plusieurs sages-femmes, comprimant et poussant le fœtus de haut « en bas, le firent pénétrer sans peine dans l'excavation du bassin : « il fallait beaucoup plus d'efforts pour que la tête parcourût le pé- « rinée et franchît la vulve; mais ce ne fut pas sans surprise que nous « vîmes, pendant trois essais successifs, que, quand la tête traver- « sait les voies génitales, externes, l'occiput était revenu en avant et « à droite, et que la face s'était portée en arrière et à gauche. Nous « répétâmes une quatrième fois l'expérience; mais cette fois, la « tête franchit la vulve, l'occiput étant resté en arrière. Nous prîmes « alors un fœtus mort de la veille, mais beaucoup plus volumineux « que le précédent; nous le plaçâmes dans les mêmes conditions « que le premier, et deux fois de suite la tête franchit la vulve, après « avoir exécuté son mouvement de rotation : au troisième essai et « aux suivants, elle se dégagea, sans qu'il eût été exécuté. Ainsi le « mouvement n'a cessé d'avoir lieu que lorsque le périnée et la « vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire, ou qui du « moins en provoquait l'accomplissement. » Des observations que l'on est à même de faire tous les jours en pratique viennent encore corroborer les expériences de M. P. Dubois. Ainsi, quand deux jumeaux sont expulsés, le premier qui se présente est expulsé régulièrement; le mouvement de rotation de la tête et des épaules s'accomplit, parce que le périnée oppose une résistance convenable à sa sortie; mais il a dilaté les voies génitales pendant son expulsion, et le second, surtout s'il est plus petit que son frère, n'éprouvant plus de la part du périnée assez de résistance, est souvent expulsé dans la situation dans laquelle il se trouve, sans que ce mouvement de rotation se soit exécuté. C'est par la même raison que, dans l'accouchement par le sommet, le mouvement de rotation s'exécutera d'autant plus régulièrement que la tête sera plus volumineuse, et que le périnée sera plus résistant; c'est ce qu'on observe chez les

primipares. Et si l'on voit si souvent les épaules, après la sortie de la tête, sortir irrégulièrement telles qu'elles se présentent, n'est-ce pas encore parce qu'elles ont été précédées de cette tête? Enfin, quand le périnée a été rompu par des accouchements précédents, surtout si le fœtus est très-petit, il est expulsé, dans la plupart des cas, sans qu'aucun des mouvements qui s'exécutent dans l'accouchement spontané se soit accompli. En résumé, tout concourt à prouver que c'est le rapport exact des parties qui s'engagent avec celles qui sont traversées, qui détermine ce mouvement de rotation de la tête et des épaules.

ARTICLE III.

ACCOUCHEMENT PAR LE SOMMET, DANS LE CAS DE GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Il est rare que deux jumeaux se présentent tous deux par le sommet; mais si, par exception, il en était ainsi, l'expulsion s'accomplirait d'après les mêmes lois que dans le cas de fœtus simple : cependant, comme je l'ai dit, l'expulsion du second s'accomplirait moins régulièrement, parce qu'il se présenterait successivement à des passages dilatés par son frère (voyez paragraphe précédent); le second est en général expulsé quelques minutes après le premier. Quelquefois, néanmoins, l'accouchement peut se faire attendre plusieurs heures, plusieurs jours même; dans ce cas, à moins d'accidents, l'accoucheur doit rester simple spectateur.

Il arrive quelquefois, dans le cas degrossesse double, qu'immédiatement après l'expulsion des produits, les femmes sont prises de syncopes, sans perte, phénomène qui est déterminé par la déplétion trop rapide de l'organe considérablement distendu. M. Champion et M. Neve ont conseillé avec avantage, en pareil cas, la compression de l'aorte abdominale, dans le but de faire affluer le sang vers le cerveau, et ce conseil est d'autant meilleur à suivre que cette syncore pourrait bien dépendre d'une perte interne méconnue.

L'accouchement, dans les cas de jumeaux, nécessite des précautions que l'accoucheur ne doit jamais perdre de vue : ainsi l'utérus, plus développé, plus distendu qu'il ne l'est habituellement, ne doit être désempli que graduellement, afin de permettre à sa rétractilité de s'exercer petit à petit; sans cette précaution, on s'exposerait à déterminer l'inertie de cet organe, et à voir une hémorrhagie grave se produire.

Puis il est de toute nécessité, après la sortie du premier enfant, de

faire une ligature au bout placentaire du cordon ombilical (1), puis attendre que les membranes du second se déchirent d'elles-mêmes, à moins d'obligation contraire, parce que pendant ce temps l'utérus aura le temps de revenir sur lui-même. Cette expulsion du second produit opérée, il faut attendre, pour aider la délivrance, que des contractions se soient manifestées, que le globe utérin soit bien rétracté, et l'extraction ne doit encore être faite que graduellement, avec lenteur, et en exerçant des frictions sur le ventre de la femme, et surtout seulement après la sortie des deux enfants. (Voyez *Délivrance dans le cas de Jumeaux*, page 402.)

ARTICLE IV.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la présentation du sommet est très-favorable pour la mère et pour l'enfant, surtout dans les positions occipito-antérieures primitives ou secondaires (occipito-postérieures réduites en antérieures) ; il l'est un peu moins dans les positions occipito-postérieures restées telles, le dégagement est en effet plus difficile ; quelquefois même, ce qui est rare, l'art est obligé d'intervenir, et l'une et l'autre de ces circonstances sont de nature à compromettre la vie de l'enfant et la santé de la mère. Ainsi, malgré les soins les plus minutieux, le périnée peut être plus ou moins déchiré : il peut être perforé dans son centre, le fœtus se faisant jour entre la commissure antérieure du périnée et l'anus. M. Moreau en a rapporté quelques exemples. Enfin le séjour prolongé de la tête dans l'excavation peut déterminer des escarres et des fistules urinaires et stercorales.

La vie d'un seul enfant est compromise dans cette présentation sur cinquante accouchements.

[1] Sans cette précaution, le produit restant succomberait asphyxié dans l'utérus, par suite de la perte de sang.

CHAPITRE PREMIER

DES SOINS QU'IL FAUT DONNER A LA FEMME PENDANT LE TRAVAIL.

---

§ 1. — Instruments dont l'accoucheur doit se munir.

L'accoucheur appelé auprès d'une femme qui réclame son assistance doit s'y rendre muni d'un forceps. Souvent, en effet, la vie d'un enfant, quelquefois celle de la mère, dépendent d'une extraction rapide, et, pendant le temps qu'il mettra à se procurer cet instrument, la mère et son produit resteront exposés aux dangers qui les menacent. Il doit aussi emporter une sonde de femme ordinaire, et une de gomme élastique, n° 9, pour le cas où le cathétérisme serait impossible avec la sonde d'argent ; de plus, une autre algalie garnie de son mandrin, non pour opérer le cathétérisme, mais pour pratiquer la répulsion du cordon en cas de besoin ; il devra aussi se munir d'un tube laryngien, de lancettes, d'un stéthoscope, d'une plume d'oie garnie de ses barbes pour débarrasser la gorge de l'enfant des mucosités qui auraient pu s'y introduire, et taillée par l'autre bout pour percer les membranes s'il y a lieu; enfin d'une petite boîte en métal contenant de l'extrait de belladone en consistance de cire molle et d'un autre contenant du cérat, etc. : ces instruments sont de rigueur. J'ai coutume d'y joindre aussi, dans une trousse, qui est toujours toute prête, un speculum plein, de la charpie, des fils cirés et une pince à tamponnement, quelques petits ballons de caoutchouc de Gariel, pour le cas où une hémorrhagie rendrait le tamponnement nécessaire, une petite seringue pour combattre l'asphyxie des nouveau-nés à l'aide d'une injection dans le rectum, et disposée pour faire, au besoin, la transfusion ; des grands ciseaux pour débrider l'orifice, d'autres pour l'embryotomie, les ciseaux de Smellie, des bistouris, enfin si je devais être très-éloigné de mon domicile, j'aurais soin d'emporter mon céphalotribe.

Quoiqu'on puisse facilement se procurer quelques-uns de ces objets auprès des femmes, ils augmentent si peu le volume du forceps que l'on ne peut se dispenser d'emporter avec soi, qu'il est bon d'être muni de tout cela à l'avance : je me suis constamment bien trouvé de cette précaution, et je ne me suis jamais vu obligé, comme je le lis chaque jour dans certaines relations d'accouchement, de regretter de n'avoir pas eu à ma disposition tel ou tel ins-

trument. Seulement, j'ai le soin de déposer cette trousse hors de la vue de la femme, après en avoir extrait les instruments dont je puis avoir besoin pendant l'accouchement naturel : tels que sonde, stéthoscope, etc.

§ 2. — Constater la grossesse et le travail.

Arrivé auprès de la femme, l'accoucheur devra avant tout s'assurer s'il n'a pas été à même de le faire pendant la grossesse, qu'elle est bien enceinte et en travail.

Tant de phénomènes peuvent en effet en imposer pour une grossesse et pour un commencement de travail, qu'on ne saurait être trop en garde contre une semblable erreur, non cependant que cette erreur puisse être préjudiciable à la femme, mais parce qu'elle fait perdre le temps et qu'elle peut compromettre la réputation de l'accoucheur.

Le toucher est le moyen le plus sûr de s'éclairer; mais l'accoucheur ne devra pas le pratiquer immédiatement, à moins qu'à son arrivée il ne juge, par la nature des douleurs, que le travail est fort avancé : il laissera donc à la femme le temps de se familiariser avec sa présence.

Pour y parvenir, il s'enquiert auprès d'elle des diverses circonstances de sa grossesse, il calcule avec elle si elle est à terme. Si elle a eu déjà des enfants, il l'interroge sur les circonstances de ses accouchements précédents. Il trouvera aussi dans ses renseignements d'utiles indications pour la conduite qu'il devra tenir, et un avertissement contre des accidents qui, étant venus compliquer les premiers accouchements, pourraient se reproduire, et qu'il sera, par conséquent, plus à même de prévenir et de combattre. Pendant ce temps, l'accoucheur, dit M. Capuron, doit jeter un coup d'œil sur toute l'habitude de la femme en général; il doit s'assurer aussi qu'elle perçoit les mouvements actifs du produit, il apprécie à chaque douleur la nature, la durée, l'énergie des contractions, et s'il a une certaine habitude, cet examen seul peut lui permettre de préciser l'époque à laquelle le travail est arrivé; de plus, il distinguera, par cet examen, les contractions vraies des fausses. Dans les contractions normales, les douleurs partent ordinairement des reins et entourent l'abdomen comme une ceinture; elles viennent mourir dans le bas-ventre et vers les organes génitaux, reviennent à des intervalles réguliers, sont séparées par un calme parfait, tandis que celles qui simulent le travail sont, au contraire, presque continues, et dépendent souvent de coliques

intestinales. On les reconnaît à l'irrégularité de leur retour et de leur siége, à la cardialgie, à la diarrhée qui les accompagnent quelquefois.

On observe aussi quelquefois des douleurs, revenant à des intervalles réguliers, qui ont leur siége dans l'utérus, et qui simulent les véritables douleurs de l'enfantement, sans qu'il existe aucun autre phénomène de travail. Les plus habiles praticiens peuvent, dans ce cas, se laisser tromper par ces apparences. Aussi, le toucher est-il le seul moyen de lever tous les doutes ; cependant il ne détruit pas toujours toutes les incertitudes, car ces douleurs peuvent déterminer un commencement de travail. Le col s'entr'ouvre alors, les membranes bombent, les contractions se succèdent pendant quelques heures ; puis tout rentre dans le calme, et quelques jours après un travail véritable se déclare. J'ai vu souvent se manifester ces contractions prématurées, appelées ordinairement faux travail. Je les ai observées, chez quelques femmes, à plusieurs reprises dans la dernière quinzaine de la grossesse. Comment alors distinguer, au premier abord, ce commencement de travail d'un travail régulier qui doit avoir de la suite, quand le seul signe différentiel est constitué par l'absence des glaires sanguinolentes dans le faux travail. Aussi je ne crois pas qu'il soit possible de se prémunir contre cette erreur, le temps seul peut éclairer l'accoucheur à cet égard.

§ 3. — Du toucher pendant le travail.

Ces préparatifs une fois faits, il faut procéder au toucher. Je préfère pour cette opération que la femme soit couchée ; cette situation est moins désagréable pour elle : elle lui permet de se dérober plus facilement aux regards, et de mieux recevoir, de la part des personnes qui l'entourent, les encouragements dont elle a besoin en pareille circonstance. De plus, cette situation permet au doigt de pénétrer plus avant. Cependant, rien ne s'oppose à ce que la femme reste debout ; dans ce cas, on aura soin de passer le bras autour des reins de la femme pour lui donner un point d'appui solide.

En général, je ne préviens pas la femme des investigations auxquelles je vais me livrer, et, sous prétexte d'écouter les bruits du cœur, je la fais coucher : j'apprécie l'état de santé de l'enfant, la nature de la présentation et de la position, à l'aide du palper abdominal et de l'auscultation ; enfin, je cherche à apprécier les mouvements actifs ; puis, l'auscultation terminée, je pratique immédiatement le toucher.

Souvent on éprouve, de la part de la femme, une résistance bien naturelle ; alors, sans retirer sa main, on lui fait envisager la nécessité

qu'il y a à s'assurer de l'état des choses dans son intérêt et dans celui de son enfant. On lui dit que jusque-là on s'est fait un devoir de ménager ses scrupules, mais que maintenant il est indispensable qu'elle permette ces investigations, et, tout en lui parlant ainsi, on insiste : le doigt, qu'on aura eu soin d'enduire de cérat, une fois introduit, on devra d'abord constater, à l'aide du ballottement, dans le cas où l'oreille, gênée par les contractions, n'aurait pu percevoir les bruits du cœur, si la femme est bien enceinte, etc. : si le col est conique, on peut regarder comme certain, dit M. le docteur Crouzet, que la femme n'est pas enceinte (voyez DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE) ; puis on s'assurera si la grossesse est arrivée à son terme, afin de s'opposer au travail s'il était prématuré. La rénitence du segment inférieur de l'utérus, la dilatation de l'orifice, la tension des membranes pendant la douleur, le relâchement de toutes ces parties, quand cette douleur est passée, l'apparition des glaires sanguinolentes indiqueront si la femme est en travail. Par la fréquence, la durée des contractions, l'amincissement du col, son degré de dilatation, on pourra juger quelle sera la durée probable de l'accouchement.

Enfin, on devra aussi apprécier la conformation du bassin, l'état des parties génitales, de la vessie et du rectum, la nature de la présentation et la position de cette présentation. Il ne faudrait pas cependant mettre trop d'insistance dans ses investigations, quand la position est trop difficile à constater, car il suffit de reconnaître la présentation dans la plupart des cas pour savoir si l'on devra livrer l'accouchement aux efforts naturels, ou si l'on sera obligé d'agir ; ce ne serait que dans le cas où une mauvaise présentation réclamerait l'intervention de l'art, qu'on serait autorisé à insister sur le diagnostic de la position.

§ 4. — Choix du lieu où la femme doit accoucher.

Une fois ces points importants éclaircis, il faut préparer la chambre et le lit où la femme devra accoucher, ainsi que tous les accessoires dont on peu avoir besoin. Cette chambre doit être, autant que possible, spacieuse, silencieuse, bien aérée ; on doit n'y laisser pénétrer qu'un demi-jour, et la tenir à une température modérée, la chaleur prédisposant aux hémorrhagies et à l'inertie de l'utérus, et le froid aux inflammations péritonéales.

§ 5. — Éloigner les importuns.

On aura soin aussi d'éloigner de cette chambre toutes les personnes

inutiles, et surtout celles dont la présence peut déplaire à la femme ou l'inquiéter : quelquefois le mari est de ce nombre ; alors on l'éloignera sous prétexte de ménager sa sensibilité. Beaucoup de femmes, au contraire, désirent le garder près d'elles. Ce sont ces petites nuances de sentiment que la sagacité de l'accoucheur ou des questions faites avec réserve, avec discrétion, lui permettent de pénétrer.

§ 6. — Toilette de tête.

Les femmes sont dans l'habitude de se faire natter les cheveux, afin que cette coiffure puisse durer jusqu'à l'époque où il sera possible de la renouveler. C'est en général, suivant l'état de la malade, après six ou huit jours.

§ 7. — Régime.

Il est bon que la femme en travail ne prenne aucun aliment solide, des bouillons seulement. En effet, toutes les forces vitales semblent se concentrer sur l'utérus, et avoir, pour ainsi dire, abandonné les autres organes ; la digestion ne se fait pas, et le plus souvent les aliments sont rejetés. Cependant, si le travail devait se prolonger beaucoup, on pourrait permettre quelques potages.

Quant aux boissons, elles doivent être douces, rafraîchissantes, et l'on doit proscrire sévèrement l'usage du vin chaud sucré, des liqueurs spiritueuses, à l'aide desquelles certaines femmes croient soutenir leurs forces, mais qui sont bien plus propres à déterminer des inflammations et des hémorrhagies actives, et à abattre les forces qu'à les ranimer. Les femmes profondément affaiblies devraient faire exception à cette règle.

§ 8. — Vider le rectum et la vessie.

L'accoucheur doit apporter une grande attention à faire vider le rectum ; aussi il conseillera à la garde de faire prendre un lavement à la femme, et s'il ne produit pas d'effet, on en fera prendre un second avec addition de 30 à 40 grammes de miel commun. Il est bon, pour faciliter le passage de la tête, que le rectum soit complétement débarrassé, et cette précaution a, de plus, l'avantage d'éviter une expulsion involontaire, au moment où la tête presse le périnée, de prévenir aussi la compression de la paroi recto-vaginale ; et, par suite, les fistules de cette cloison.

L'accoucheur doit aussi faire engager la femme à uriner, et pendant ce temps, il devra passer dans une autre pièce pour la laisser libre : c'est une attention dont la plupart des femmes lui sauront

gré ; mais lorsque l'émission de l'urine est impossible, il pratiquera le cathétérisme, et autant que possible, sans découvrir la femme. Pour cela, la sonde, placée sur la face palmaire de l'index de la main droite, sera introduite ainsi dans le vagin ; l'extrémité du doigt, dépassant la sonde, recherchera le petit tubercule qui est situé à l'extrémité antérieure de la cloison urétro-vaginale et à quelques millimètres de l'orifice du canal. Le doigt, alors, sans quitter ce point d'appui, élèvera l'extrémité de la sonde et la fera pénétrer assez facilement, pour peu que l'opérateur ait quelque habitude. Il faut bien avouer cependant que le cathétérisme est quelquefois impraticable de cette manière, et qu'on peut se voir dans l'obligation de découvrir la femme. Cette difficulté dépend de ce que la vessie, refoulée au-dessus du détroit supérieur, entraîne le canal de l'urètre ; le méat urinaire est alors tiré en haut, et vient se perdre derrière le bord de la symphyse des pubis ; la vue dans ce cas est nécessaire. Il arrive même qu'on est obligé, pour pénétrer plus facilement jusqu'à la vessie, de substituer à la sonde d'argent pour femme, une sonde flexible de gomme élastique, sans mandrin.

§ 9. — Vêtements.

Pendant la première partie du travail, la femme ne devra pas être déshabillée, mais elle devra être vêtue suivant la saison, afin qu'elle puisse se lever du lit de douleur, et marcher si cela est nécessaire ; ses vêtements devront être amples, les cordons devront être lâches, et les jarretières supprimées. Après la rupture des membranes, il est, en général, inutile de la vêtir, la femme ne devant plus quitter le lit de travail.

§ 10. — Objets propres à ranimer l'enfant.

On disposera aussi, sur une petite table placée près d'une croisée facile à ouvrir ou à terre, un drap plié en plusieurs doubles pour recevoir l'enfant, dans le cas où il aurait besoin d'être ranimé et de recevoir l'impression de l'air. On y placera aussi quelques serviettes, du vinaigre, de l'eau froide, des compresses et la plume garnie de ses barbes. On préparera aussi les fils destinés à la ligature du cordon : ils sont ordinairement composés de plusieurs brins assez forts et noués à leurs deux extrémités ; leur longueur est de 20 centimètres des ciseaux, et aussi tout ce qui sera nécessaire pour baigner l'enfant.

§ 11. — Préparer le lit de travail.

Ces précautions, à l'aide desquelles on évitera toute confusion au moment de la naissance de l'enfant, une fois prises, on s'occupera de préparer le lit sur lequel la femme devra accoucher. La construction de ce lit varie selon les pays. En France, on se sert du lit de sangle, du lit de fer, sur lequel on pose un matelas dont on soulève l'extrémité supérieure à l'aide de chaises renversées. Ce lit m'a toujours paru des plus incommodes pour la femme ; je lui ai toujours substitué un lit ordinaire, ou un lit de sangle garni de matelas, de draps, d'oreillers et de couvertures : la femme est à l'aise sur ce lit ; elle peut changer facilement de situation, dormir même dans les intervalles des douleurs. J'ai seulement le soin de placer sous le premier matelas, dans le point qui correspond au siége de la femme, un coussin dur, ou un registre, afin que le siége ne s'enfonce pas dans les matelas, et qu'il soit possible de soutenir convenablement le périnée, et aussi pour que la tête de l'enfant, au moment de son expulsion, soit assez élevée au-dessus de la couche pour ne pas baigner dans les liquides qui se sont écoulés.

De plus, ce lit, par sa disposition, permet à la femme de se reposer pendant quelque temps après l'accouchement, jusqu'à ce que le premier flot de sang qui suit la délivrance se soit écoulé, si bien qu'elle se trouve moins exposée à salir le lit dans lequel elle sera transportée : bien entendu qu'on aura eu soin de placer une toile cirée sur le premier matelas, afin de le préserver, et une seconde dans le drap d'alèze qui garnit le lit. Cette dernière précaution a le grand avantage de permettre, après l'accouchement, en enlevant le drap, de débarrasser en un instant la femme de tous les produits qui se sont écoulés pendant le travail, et de la mettre sèchement et blanchement sans aucune fatigue pour elle et avec une très-grande facilité pour les aides. On comprend que si le drap d'alèze ne contenait pas une toile imperméable, les liquides l'ayant traversé, le lit étant alors mouillé au-dessous, la femme après être débarrassée de ce drap reposerait encore sur une couche salie, ce qui n'a jamais lieu avec la précaution que j'indique. Si l'on n'a pas de toile imperméable à sa disposition, les premières feuilles de papier venues, des journaux suffisent pour remplir cet office.

Enfin, si la femme n'a pas auprès d'elle assez de monde pour lui fournir un point d'appui pendant la contraction, on place en travers du pied du lit une barre de bois solidement fixée, sur laquelle les pieds peuvent s'arc-bouter. Mais il est important que cette barre ne dépasse pas les deux côtés du lit, pour la facilité de la circulation ; il

faut aussi qu'elle soit garnie d'un drap plié en plusieurs doubles pour éviter la contusion de la plante des pieds, qui serait déterminée par le bâton seul, et qui cause après l'accouchement des douleurs insupportables.

Avant la rupture des membranes, la femme peut indifféremment se tenir debout ou couchée ; mais après, elle doit être placée immédiatement sur le lit de travail, qu'elle ne devra plus quitter, à moins que la marche ne devienne nécessaire pour activer des contractions trop languissantes. Ce lit de travail doit être bassiné si l'on est en hiver, car la sensation du froid, en outre qu'elle est fort désagréable pour une pauvre femme dont les vêtements sont mouillés par les eaux de l'amnios, peut ralentir les douleurs. L'accoucheur s'assied à la droite du lit; il constate de temps en temps les progrès du travail, à l'aide du toucher; il soutient le courage et dirige les efforts de la femme, et jamais il ne devra lire, ni même se livrer au sommeil, à moins qu'il ne succombe à la fatigue. La femme, qui souffre a un droit exclusif à ses soins ; elle lui saura très-bon gré de ne s'occuper que d'elle : c'est une consolation qu'on lui doit, et, dans son intérêt même, l'accoucheur aurait tort de s'écarter de cette règle de conduite. J'ai connu des femmes qui, froissées d'une conduite opposée, ont quitté des accoucheurs dont elles n'avaient du reste qu'à se louer. La plupart des femmes, dès le début du travail, font des efforts, dans l'intention d'activer l'expulsion ; mais elles s'épuisent inutilement, tant que le col n'est pas effacé et que la poche amniotique n'est pas rompue. Aussi faut-il leur recommander de ne faire valoir leurs douleurs qu'en temps utile, et encore pendant la contraction; si la malade éprouve des douleurs de reins, on la soulage en passant sous les lombes un petit drap plié en long, dont deux personnes placées de chaque côté du lit, soulèvent les extrémités.

Tous ces soins doivent être donnés, sans jamais découvrir la femme; même au moment de la dernière expulsion, il est rarement nécessaire de se servir des yeux, à moins cependant que le périnée n'exige des soins particuliers, etc.

Enfin, lorsque la dernière période du travail arrive, que la tête comprime la partie inférieure du rectum, la femme éprouve des besoins illusoires d'aller à la garde-robe, et demande à se lever ; mais il ne faut pas céder à son désir, et il faut lui faire comprendre que ce qu'elle éprouve n'est qu'un besoin factice, car on a vu des femmes accoucher sur la garde-robe, et l'on comprend pour elle et pour l'enfant les conséquences de ce fait. Si elle insiste en affirmant qu'elle va accomplir ce besoin, si même elle l'accomplit involontairement, on persiste, pour ménager sa délicatesse, à lui affirmer qu'elle se

trompe, et l'on fait glisser sous elle une alèze blanche ; si elle n'ajoute pas foi à vos paroles, et qu'elle ait la conscience de l'accident qui lui est arrivé, elle ne vous en saura que plus de gré de votre discrétion, et souvent elle pourra croire que cet accident est passé inaperçu pour vous. Au reste, je fais tout ce qu'il faut pour le lui laisser croire, ainsi qu'aux assistants ; j'aime mieux pour moi-même ne pas convenir du fait. Cet inconvénient a lieu souvent au moment du passage de la tête, lorsque l'accoucheur soutient le périnée ; aussi doit-il avoir le soin d'interposer entre cette partie et sa main un linge plié en plusieurs doubles. Mais il ne se manifeste presque jamais si l'on a eu soin de faire prendre un ou plusieurs lavements à la femme en temps utile.

§ 12. — Soutenir le périnée.

Pour soutenir le périnée, si l'accoucheur se place au côté droit de la femme, le bras droit est passé sous sa cuisse droite ; s'il est à gauche, il se servira de la main gauche, avec laquelle il presse la surface périnéale, surtout du côté de l'anus, le bord radial de l'indicateur placé sur le bord antérieur du périnée, sans le couvrir toutefois, et le pouce étendu sur la cuisse.

Mais cette précaution serait inutile, et le périnée serait souvent rompu, si l'on n'engageait pas les femmes à modérer les efforts auxquels elles se livrent souvent au moment de la dernière expulsion ; dans la crainte que cette recommandation ne soit pas suivie, et que la tête ne soit trop rapidement expulsée, j'ai soin de passer mon autre bras sur la cuisse de la femme et de placer quelques doigts de la main sur le sommet à demi engagé dans les parties, afin de le maintenir. Je laisse ainsi glisser la tête à ma volonté, entre cette main et le périnée, sans secousse, lorsque les parties me semblent être disposées à se laisser traverser sans se déchirer.

Une fois la tête dégagée, on la soutient seulement en la relevant vers les pubis ; puis, on passe un doigt entre la symphyse des pubis et le cou de l'enfant, pour s'assurer que le cordon ne fait pas un ou deux circulaires autour du cou. Si l'on en trouve, on tire légèrement au dehors une portion du cordon, assez considérable pour qu'elle puisse passer par-dessus la tête ; ou bien, si cela n'était pas possible, il faut le couper, et exercer immédiatement de légères tractions sur la tête. Ces tractions suffisent dans la plupart des cas pour déterminer l'expulsion des épaules ; mais si ces tractions sont insuffisantes, on ira, sans perdre de temps, accrocher avec l'index l'épaule qui est en arrière. On tire sur cette épaule en même temps que sur la tête, car il n'y a pas un moment à perdre : en effet, par la section du cordon,

l'enfant se trouve privé des rapports circulatoires qui l'unissent à sa mère et peut périr d'asphyxie ; une hémorrhagie grave peut en outre avoir lieu par la portion fœtale du cordon et être fatale à l'enfant. Pour éviter ce dernier accident, quand cette contraction ultime qui

Fig. 121.

doit expulser les épaules, et qu'on appelle de tous ses vœux, ne se manifeste pas, les efforts de la femme étant sans effet, il faudrait, avant d'agir, relâcher vivement le cordon, y placer deux ligatures, couper entre les deux ligatures, et extraire; mais ce procédé est moins rapide que celui que je mets en usage. Je coupe le cordon, je le détourne du cou, j'en place les deux extrémités entre les doigts de la garde, qui les comprime, et tout cela en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire; on comprend que l'impossibilité de distinguer l'extrémité fœtale de l'autre oblige à les comprimer toutes les deux.

On croit généralement que le périnée ne court plus aucun danger après l'issue de la tête, et on le soutient rarement au moment du passage des épaules ; je suis convaincu cependant que la plupart des déchirures de cette partie sont déterminées par le passage du diamètre bis-acromial, justement parce qu'on néglige de soutenir dans ce moment le périnée, qui, légèrement entamé par le passage de la tête, est d'autant plus disposé à se déchirer complétement : aussi doit-on surveiller le passage des épaules avec un soin tout particulier.

CHAPITRE II

DES SOINS A DONNER A L'ENFANT ET A LA MÈRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

—

Au moment où le fœtus est expulsé, on est obligé de découvrir le lit par le pied, puis on saisit l'enfant et on le place sur le côté à quelque distance de la vulve, et la face tournée du côté opposé, afin qu'il puisse respirer librement et n'être pas suffoqué par les liquides qui s'échappent du vagin; on s'assure que l'utérus est revenu sur lui-même, et qu'il ne contient pas un second enfant, puis on recouvre la femme, qui ne réclame pour le moment aucun soin, et on la laisse se livrer aux douces émotions qu'elle éprouve.

§ 1. — Ne pas déclarer le sexe immédiatement.

On est généralement sollicité vivement par les femmes qui désirent qu'on leur dise de quel sexe est leur enfant; mais il faut bien se garder de se rendre à leur désir, et il faut dissimuler le sexe, même aux assistants, dans la crainte des indiscrétions; car la joie que la mère éprouverait, si ses vœux étaient exaucés, pourrait être tout aussi à craindre que le chagrin que lui causeraient ses espérances déçues.

On attend qu'elle soit complétement remise de ses premières fatigues pour lui annoncer, avec précaution, le sexe de son enfant.

§ 2. — Lier le cordon.

Si l'enfant est bien portant, s'il crie, si la respiration s'établit bien, on s'assure que la base du cordon ne contient aucune anse intestinale, puis on place la ligature à deux ou trois travers de doigt de la naissance du cordon, afin que la peau qui se prolonge de quelques lignes sur le cordon ne soit pas comprise dans cette ligature : elle doit être assez serrée pour oblitérer complétement les vaisseaux, surtout quand le cordon est très-infiltré. Il est même utile, dans ce dernier cas, avant de placer la ligature, d'exprimer avec les doigts la lymphe qu'il contient, ou de lui donner issue à l'aide de mouchetures ; car sans cette précaution, après l'écoulement spontané de ce liquide, la ligature n'exercerait plus sur les vaisseaux assez de constriction, et le sang pourrait s'écouler par les artères et compro-

mettre la vie de l'enfant. Je place ensuite une ligature du côté de la mère, et je fais section entre les deux ligatures. Ce procédé a pour avantage d'éviter, au moment de la section du cordon, cette abondante effusion de sang sur tous les objets environnants ; puis, si, dans la grossesse multiple, on n'avait pas reconnu la présence d'un second enfant, cette seconde ligature sur la partie placentaire du cordon préviendrait une hémorrhagie, qui pourrait être souvent mortelle pour le second enfant. En effet, il existe quelquefois entre les deux placentas des communications vasculaires par lesquelles le sang, passant d'un placenta dans l'autre, peut s'écouler ensuite à l'extérieur par le cordon du premier enfant.

D'autres accoucheurs opèrent la section du cordon avant de le lier : c'est un procédé que je réserve pour le cas où la vie du fœtus est en danger, et où il importe de le transporter à l'air sans perdre de temps.

On s'est demandé si la ligature du cordon est indispensable, et si, après l'établissement régulier de la respiration, la circulation des vaisseaux ne s'arrêterait pas d'elle-même. Il est certain que, dans un grand nombre de cas, les choses se passeraient ainsi ; mais, comme l'expérience prouve que des hémorrhagies mortelles pour l'enfant se sont manifestées dans des cas où le cordon n'avait pas été lié, c'est un devoir de ne jamais négliger cette précaution.

Telle est la conduite que j'ai coutume de suivre quand l'enfant est bien portant; mais, pour peu que j'aie la moindre crainte pour sa vie, je coupe immédiatement le cordon à sept ou huit travers de doigt de l'abdomen, et j'en comprime l'extrémité avec le pouce et l'index; puis je transporte l'enfant sur la table que j'ai préparée à cet effet près d'une fenêtre que je fais ouvrir. Dans ce cas, pour que l'enfant ne puisse m'échapper des mains en le transportant, je place le pouce et l'index qui compriment le cordon entre la racine des cuisses, les trois autres doigts soutiennent le siége, l'autre main les épaules et la tête; alors je m'occupe activement à donner à l'enfant les soins qu'il exige.

ARTICLE Ier.

APOPLEXIE ET ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS.

Si l'enfant ne respire pas en naissant, qu'il soit dans un véritable état d'apoplexie et d'asphyxie, la surface du corps est gonflée, violette, la face bleuâtre, la locomotion éteinte; mais les membres sont flexibles, et le corps conserve sa chaleur; les battements du cordon et du cœur sont obscurs et quelquefois même insensibles. La pre-

mière indication qui se présente à remplir consiste à faire cesser l'engorgement du cerveau et des poumons. Pour cela, on lâche l'extrémité du cordon, et on laisse écouler une ou deux cuillerées de sang. Souvent, pour obtenir la quantité de sang nécessaire, il faut rafraîchir l'extrémité du cordon par plusieurs sections successives. C'est pour cela qu'il faut pratiquer la première section à sept ou huit travers de doigt de l'ombilic; en même temps on débarrasse l'arrière-bouche des mucosités qu'elle contient, soit à l'aide du petit doigt, soit avec les barbes de la plume qu'on a disposée à cet effet. On opère des frictions sur la poitrine avec la main, ou avec un linge imbibé d'eau vinaigrée froide, ou d'eau-de-vie; on y laisse tomber goutte à goutte un peu d'éther, de l'eau froide; de l'autre main on chatouille les fosses nasales avec les barbes de la plume; la percussion avec la main sur le siége est aussi un excellent moyen. Il ne faut pas craindre, dans ce cas, de cingler un peu fort. Pendant qu'on continue sans relâche l'usage de ces moyens réunis, on fait administrer un petit lavement; on fait préparer un bain tiède, dans lequel on plonge l'enfant dès qu'il commence à faire quelques inspirations.

Souvent quelques secondes, quelques minutes suffisent pour rappeler un enfant à la vie; mais cependant on est quelquefois obligé d'insister sur ces moyens pendant assez longtemps. Il ne faut pas se lasser; il faut, au contraire, redoubler de persévérance, car on a vu des enfants qui n'ont pu être ranimés qu'au bout d'une heure ou deux. Ce ne fut qu'au bout de trois heures que mon ami le docteur Laroche et moi nous pûmes ranimer un enfant extrait par les pieds, dans l'hôtel d'Aligre, rue d'Anjou : tout avait été employé inutilement. Nous avions cessé l'insufflation directe, lorsqu'en désespoir de cause j'eus l'idée de courir rapidement autour de la grande cour en tenant l'enfant élevé la face dirigée en avant. M. Laroche me succéda, puis successivement toutes les autres personnes de l'hôtel disposées en relais, et l'enfant respira et fut sauvé, il a maintenant 5 à 6 ans. Aussi, lorsque l'insuffisance des autres moyens est constatée, il faut recourir à l'insufflation, soit qu'on la pratique directement, la bouche de l'accoucheur étant appliquée sur celle de l'enfant, ou au moyen du tube laryngien de Chaussier. J'ai cru avoir quelquefois réussi à l'aide de ce moyen, mais je l'ai vu bien plus souvent échouer. Cette opération demande une certaine habitude, bien qu'il soit démontré qu'une insufflation trop brusque, trop prolongée, ne puisse rompre les vésicules pulmonaires. Voici la manière de procéder pour bien faire pénétrer l'air dans les voies aériennes.

L'extrémité du tube doit être introduite jusque dans le larynx, à l'aide de la main droite, la gauche s'assurant, à travers la paroi antérieure du cou, si l'instrument ne s'est pas fourvoyé ; puis on saisit avec les lèvres l'autre extrémité du tube, pendant qu'avec le pouce et l'index de chaque main on pince les deux commissures de la bouche de l'enfant, afin d'empêcher l'air de se perdre.

Alors on pousse doucement une petite quantité d'air, puis on s'arrête et l'on presse sur la poitrine pour chasser l'air introduit et simuler l'expiration. Enfin, on renouvelle ces alternatives d'insufflation et d'expiration artificielle, jusqu'à ce que la respiration se soit établie.

ARTICLE II.

ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS.

Il est rare que l'asphyxie se manifeste seule. Cependant cette circonstance peut se rencontrer chez l'enfant né faible ou avant terme à la suite des accouchements manuels. Cet état se reconnaît à la pâleur de la peau, à la flaccidité, à la mollesse des chairs, au refroidissement, et surtout à l'absence complète de respiration.

Dans ce cas on se garde bien de laisser écouler une goutte de sang par le cordon ; on y fait pratiquer rapidement une ligature provisoire, pendant qu'on comprime l'extrémité du cordon coupé. Quant aux autres soins, ils sont les mêmes que dans l'état d'apoplexie et d'asphyxie ; seulement l'air extérieur ne doit être reçu que sur la face et la poitrine de l'enfant, tandis que toutes les autres parties de son corps seront recouvertes de linges très-chauds et à chaque instant renouvelés.

ARTICLE III.

FAIBLESSE CONGÉNIALE.

Les enfants nés avant terme ou à la suite de maladies graves de la mère demandent des soins tout particuliers : ils doivent être enveloppés de coton cardé et exposés à une température assez élevée ; le meilleur moyen d'y parvenir est de les entourer de bouteilles d'eau chaude, et mieux encore de les placer dans un berceau de métal, en forme de bain-marie. On cite des enfants nés très-faibles et à peine parvenus au terme de la viabilité, qui ont pu être conservés à la vie au moyen de cette espèce d'incubation. Je vois souvent une grande et belle fille aujourd'hui âgée de vingt-deux ans, que j'ai mise au

monde au terme de sept mois, qui était d'une petitesse extrême : c'est un exemple remarquable de ce que peuvent produire ces soins.

Avant de vêtir l'enfant, et après s'être assuré qu'il n'a aucun vice de conformation, on doit enlever la matière cérumineuse qui recouvre ordinairement sa peau. Pour y parvenir facilement, on délaie cette matière avec de l'huile tiède, du cérat, et on l'essuie ensuite avec un linge ; mais, pour ne laisser aucune impureté, il faut plonger l'enfant dans une eau tiède, légèrement savonneuse, dans laquelle on le lave avec soin.

Cela fait, on le place sur des linges chauds disposés sur les genoux de la garde, qui l'essuie rapidement et l'habille.

Elle place d'abord sur la tête un petit bonnet de toile fine, dit *béguin*, puis un de flanelle; enfin, un bonnet d'étoffe légère, si l'on est en été, et d'un tissu chaud, si l'on est en hiver. Elle recouvre les bras et la poitrine d'une petite chemisette de toile fine, ouverte par derrière, puis d'une seconde et d'une troisième d'un tissu plus ou moins chaud, suivant la température : elles doivent être fixées à l'aide de cordons. En général, à moins que ce ne soit pour le maillot supérieur, on doit proscrire les épingles, parce qu'elles peuvent piquer l'enfant. M. Capuron rapporte, d'après de Haën et Underwood, que cette cause a suffi pour déterminer chez quelques enfants des convulsions et la mort. D'ailleurs, quand l'enfant pousse des cris, dont on ignore presque toujours la cause, on est sans cesse tenté d'attribuer son chagrin à une épingle mal placée, et, pour s'assurer du fait, on se voit contraint de le déshabiller à chaque instant.

Avant d'achever la toilette de l'enfant, il faut placer le cordon ombilical dans une compresse de linge fin, double, carrée, et percée d'un trou dans lequel on engage le cordon; on relève le tout au-dessus de l'ombilic. Une seconde compresse est placée sur la première, puis on met sur cet appareil une ceinture préparée à l'avance avec des cordons; si cette bande n'avait pas été préparée, on ferait deux ou trois tours de bande que l'on fixe avec une aiguillée de fil. Cela fait, on enveloppe le siége et les extrémités inférieures dans un premier lange appelé *couche;* celui-ci est de toile, celui qui le recouvre sera de laine ou de coton, suivant la saison; mais ce maillot ne devra jamais être serré, il devra simplement être replié par le bas, afin que les extrémités inférieures puissent se mouvoir librement sans se refroidir. La méthode anglo-américaine, qui consiste à placer la couche de l'enfant en culotte, en la recouvrant d'un morceau de taffetas gommé, à lui mettre des bas de laine et des chaussons, puis des jupons de laine, est généralement adoptée à Paris : elle permet de maintenir les enfants bien plus sèchement et

bien plus proprement. Si la température est froide, si l'enfant a besoin de chaleur, on place sur le cou et les épaules un fichu de mousseline, qui enveloppe aussi les mains, et que l'on fixe par derrière. Enfin, on le couche sur le côté dans son berceau, et jamais on ne le dépose provisoirement sur un siége, tel que fauteuil ou canapé, sur lequel quelqu'un, par inadvertance, pourrait s'asseoir. Des enfants ont souvent été victimes d'une pareille négligence : aussi on ne saurait trop insister sur cette précaution.

Tout le temps que l'accoucheur a été obligé de s'occuper de l'enfant, il a dû surveiller l'état de la mère ; mais aussitôt qu'il a pu confier l'enfant à la garde pour l'habiller, il doit retourner immédiatement auprès de l'accouchée. Dans le cas de grossesse simple, il procédera à la délivrance; mais s'il existe un second enfant dans l'utérus, il attendra son expulsion avant de délivrer.

ARTICLE IV.

DE LA DÉLIVRANCE NATURELLE.

Immédiatement après l'expulsion du produit, l'utérus, en vertu de sa contractilité organique de tissu (rétraction), revient sur lui-même; les attaches celluleuses qui l'unissent au placenta se rompent, et cet organe décollé vient se présenter à l'orifice de l'utérus. Le col, qui s'est déjà reconstitué en partie, est court, large, mou, inégal; on pénètre facilement dans l'orifice interne, mais l'orifice externe résiste davantage. Cependant le col n'a pas besoin de s'effacer de nouveau pour livrer passage au placenta, il s'entr'ouvre facilement, et le délivre le franchit en totalité ou en partie et pénètre dans le vagin; rarement on le trouve expulsé hors de la vulve; on exerce quelques légères tractions sur le cordon et la délivrance est opérée ; le col prend alors plus de consistance et de longueur, mais il est encore obligé de s'entr'ouvrir à plusieurs reprises pour laisser passer les caillots. Ce n'est, enfin, qu'à trente jours qu'il a repris ses dimensions normales : cependant il reste souvent un peu plus court.

La délivrance doit-elle être livrée aux efforts spontanés, ou doit-elle être toujours aidée? Des expériences faites par M. P. Dubois à la Clinique, me permettront de trancher nettement la question. Si on livre l'expulsion du placenta à la contraction utérine et vaginale chez un certain nombre de femmes accouchées, on voit d'abord que, chez un très-petit nombre, le placenta est expulsé spontanément avec rapidité; mais que chez les autres femmes, où cette expulsion aura lieu, elle se fera attendre plus ou moins longtemps : une, deux et même cinq ou six heures après la naissance de l'enfant; que chez

quelques-unes, la délivrance ne s'effectuera pas du tout; et qu'enfin, chez ces dernières, la délivrance artificielle, devenue nécessaire, sera d'autant plus difficile, qu'on aura plus attendu, la rétraction de l'orifice interne devenant de plus en plus énergique.

Il résulte de ces faits, que la délivrance doit toujours être aidée. L'accoucheur doit s'assurer, un quart d'heure, vingt minutes après l'accouchement, que la femme a ressenti de petites tranchées qui annoncent la séparation du placenta; alors il pratique le toucher pour s'assurer que cet organe est engagé dans le col de l'utérus, pendant que de l'autre main il constate, par le palper abdominal, que l'utérus forme un corps globuleux, dur, dans la région hypogastrique droite.

Si le décollement a eu lieu, il procède immédiatement à l'extraction du placenta. Il enveloppe le cordon avec un linge, afin d'éviter qu'il ne glisse entre les doigts; puis, il l'entortille autour de l'index, et exerce alors des tractions dans le sens de l'axe du détroit supérieur; puis, à mesure que le placenta s'engage, il tire dans le sens de l'axe du détroit inférieur, et pendant ce temps il doit avoir la précaution de placer l'autre main sur le fond de l'utérus, pour s'assurer qu'il ne l'entraîne pas, ce qui pourrait avoir lieu, si le placenta n'était pas décollé complétement.

A mesure que le placenta se présente à la vulve, l'accoucheur devra le rouler entre les deux mains huit ou dix fois sur lui-même, afin de former une corde avec les membranes, pour leur donner ainsi plus de consistance. Sans cette précaution, quelques parties pourraient rester dans l'utérus et déterminer des accidents dont nous nous occuperons plus tard.

Si le décollement ne s'est pas effectué, on attendra encore; on fera des frictions sur l'utérus; on exercera quelques légères tractions. Enfin, si, après une heure écoulée, la séparation du placenta ne s'était pas opérée, il ne serait pas prudent d'attendre davantage, tant dans l'intérêt de la femme que dans la crainte que la délivrance ne devienne de plus en plus difficile. On devra donc porter la main dans la cavité utérine pour opérer la délivrance artificielle. (Voyez *Délivrance artificielle.*)

Immédiatement après l'extraction du placenta, il faut s'assurer qu'il est bien entier, et que quelques cotylédons ou quelques débris de membranes ne sont pas restés dans l'utérus. Si cet accident avait eu lieu, il faudrait aller à la recherche de ces parties et les extraire.

§ I. — Délivrance dans le cas de jumeaux.

Comme je l'ai déjà dit, dans le cas de fœtus double, il faut bien se garder d'opérer la délivrance du premier enfant avant la sortie

du second. En effet, il existe presque toujours des communications vasculaires entre les placentas; et des tractions exercées sur le premier placenta auraient pour résultat presque certain de décoller l'autre prématurément, et d'exposer la femme et l'enfant aux dangers d'une hémorrhagie.

Enfin, après la naissance des deux jumeaux, pour pratiquer la délivrance, on exerce des tractions sur un des cordons, sur celui qui résiste le moins d'abord; puis, sur l'autre, avant de tirer sur les deux cordons : de cette manière, la masse placentaire est engagée par une de ses extrémités et est plus facilement extraite.

§ 2. — Des soins que l'accoucheur doit donner à la femme immédiatement après la délivrance.

Après la délivrance, on doit s'assurer par le palper abdominal et le toucher, que le fond de l'utérus n'a pas été entraîné par le placenta, afin d'y remédier immédiatement, si cela avait eu lieu, en introduisant dans l'utérus une main qui en soulèvera le fond renversé ; puis, on exerce sur l'abdomen quelques frictions pour faciliter le retrait de l'utérus qui doit former une tumeur dure du côté droit en général. Cela fait, on laisse la femme se reposer un quart d'heure environ, pour que le sang que l'utérus fournit en grande abondance, dans les premiers moments, ait le temps de s'écouler. On s'occupe alors de faire préparer tout ce qui est nécessaire à sa toilette, de faire bien chauffer ses vêtements et les linges dont elle devra se garnir, ainsi que son lit, à moins que la température ne soit très-chaude ou qu'on puisse craindre une hémorrhagie; ensuite on passe sous l'accouchée un drap bien sec et bien chaud. On passe d'abord autour du cou de la femme le premier vêtement qui aura dû être bien chauffé; et, pendant qu'il la préserve du froid, on aide l'accouchée à retirer ses bras du premier vêtement qui la recouvre et on l'aide à passer ses bras dans le nouveau; puis on met sur le premier vêtement un second plus chaud, enfin un fichu; on retire tous les linges salis par en bas en même temps que l'alèze garnie de toile cirée et le drap qu'on vient de placer sous la femme, qui se trouve d'un seul coup sur le drap sec du lit. Cette toilette doit être faite à couvert autant que possible et avec la plus grande célérité, les épaules, le cou et les bras étant bien garnis ; c'est alors qu'il convient de faire laver les parties génitales et le haut des cuisses, avec une éponge et de l'eau à une température douce ; on fait essuyer légèrement les parties avec des linges chauds, on en place ensuite d'autres sur les parties génitales; on recouvre la femme d'un drap chaud léger et d'une couverture légère ; on la transporte dans son lit

bien bassiné, et jamais on ne doit consentir à ce qu'elle marche pour y aller. Il faut plus d'adresse que de force, pour transporter une femme d'un lit dans un autre, aussi l'accoucheur doit-il en général se charger de ce soin. Pour cela, pendant que la femme soulève le siége, il passe le bras droit sous les jarrets de l'accouchée, le bras gauche sous les reins, pendant que la femme passe un bras autour de son cou pour s'y maintenir fixée ; il l'enlève ainsi facilement et la pose sans secousses sur le nouveau lit; à ce moment, la femme se soutient sur le lit avec l'autre main qui est restée libre. Il faut dans ce cas ne pas oublier quelques précautions indispensables : 1° Les deux lits doivent être disposés tête-bêche : s'il en était autrement, il faudrait retourner le petit lit de travail pour placer son chevet en opposition avec le chevet du lit où l'accouchée doit être placée.

2° On doit, de plus, éloigner avec soin du chemin que l'on doit suivre les tapis non fixés, sur lesquels on peut glisser, les petits tabourets, ou les draps en désordre, dans lesquels les pieds de l'accoucheur pourraient s'embarrasser.

3° Enfin, si le deuxième lit était trop haut, on ferait placer auprès un petit tabouret, qu'une autre personne aurait soin de fixer pour qu'il ne puisse glisser, et sur lequel on s'élèverait pour déposer l'accouchée plus commodément : ces recommandations pourront paraître puériles à ceux qui n'en ont pas encore senti l'utilité, mais les praticiens en apprécieront toute l'importance. Si la femme était trop lourde, il faudrait approcher le lit de travail de celui qu'elle devra occuper, afin qu'elle puisse se glisser de l'un dans l'autre. Pour rendre, dans ce cas, ce glissement plus facile, on passe sous le siége de la femme un drap plié en long et traversant d'un lit sur l'autre. Une personne placée de l'autre côté du lit, nouvellement fait, attire à elle doucement l'accouchée, en tirant le drap avec lenteur.

Le lit où elle devra passer ses couches sera bien chauffé, garni d'alèze, et pas trop mou, afin qu'il se maintienne plus longtemps bien fait.

ARTICLE V.

DES SUITES DE COUCHES ET DES SOINS QUE RÉCLAME LA FEMME EN COUCHES ; DE CEUX QU'IL CONVIENT DE DONNER A L'ENFANT PENDANT LE MÊME TEMPS.

La chambre où la nouvelle accouchée passera le temps de ses couches devra être bien aérée, à une température douce; on aura dû en bannir les odeurs bonnes ou mauvaises : ainsi on aura soin de faire enlever le plus tôt possible le lit de travail et les linges salis, et l'on n'y laissera pénétrer qu'un petit jour.

§ 1. — Ne pas quitter immédiatement l'accouchée.

A peine la femme est-elle dans son lit, que tantôt elle éprouve un bien-être inexprimable, tantôt elle est prise d'un frisson avec claquement des dents; mais ce frisson est alors de peu de durée, la chaleur renaît, et la femme éprouve le besoin de se livrer au sommeil.

Qu'elle se laisse aller ou non au sommeil, l'accoucheur ne doit jamais quitter la femme immédiatement, il doit rester quelque temps auprès d'elle, pour surveiller attentivement le pouls et l'état de l'utérus; frictionner, masser ce dernier s'il ne paraît pas disposé à se rétracter convenablement. En effet, quelques femmes abandonnées à elles-mêmes ont été prises de pertes graves pendant leur sommeil, et sont passées du sommeil à la mort; d'autres, prises du même accident au moment où elles venaient d'être quittées par leur accoucheur, ont expiré avant qu'il fût possible de le rejoindre ou d'appeler d'autres secours. Aussi on ne doit laisser l'accouchée aux soins de sa garde qu'au bout de deux heures, et encore après qu'on s'est assuré que l'utérus est revenu sur lui-même, et qu'on a prescrit son régime pour les quelques heures qui doivent suivre.

§ 2. — Régime.

Si l'accouchée a faim, on lui permettra un bouillon chaud; on recommandera de lui éviter les émotions tristes ou trop gaies; on ne lui permettra de recevoir qui que ce soit, excepté les proches parents, dont les visites devront encore être très-courtes; le silence le plus absolu devra être observé par la garde. Pour boisson, on prescrira l'eau sucrée tiède, l'infusion de tilleul et de feuilles d'oranger, le sirop de gomme étendu d'eau, l'eau et le sirop de cerises, une boisson adoucissante et chaude quelconque. Enfin, après s'être de nouveau assuré que la femme ne perd pas trop, et avoir rappelé à la garde que tout ce qui est à l'usage de la malade, linge, boissons, etc., doit être tiède, on se retire, en recommandant encore à la garde de faire des lotions avec l'eau tiède sur les organes, pendant que la malade sera sur le bassin pour rendre ses urines, afin d'éviter les cuissons, habituelles dans un premier accouchement, et qui détruiraient tout le bien-être de la malade. La plupart des gardes regardent comme très-dangereux de laver les mains et la figure de leurs accouchées : en vérité on ne peut comprendre un semblable non-sens; quoi, vous lavez à grande eau la vulve et vous craindriez de passer une éponge imbibée d'eau tiède sur la figure et les mains, que vous avez soin de bien essuyer immédiatement avec un linge chaud : cela ne peut se comprendre.

Pendant les cinq ou six premières heures qui suivent l'accouchement, le pouls, de serré et fréquent qu'il était, devient souple et développé : la peau est molle, humide ; une assez grande quantité de sang est expulsée, trois ou quatre serviettes sont salies.

§ 3. — **Première visite de l'accoucheur. — S'assurer que la femme a uriné.**

A sa première visite qu'il devra faire le plus promptement possible, l'accoucheur, avant tout, devra s'informer si les urines sont expulsées, et il devra se les faire montrer pour en apprécier par lui-même la quantité; souvent, en effet, la compression que la vessie et le canal de l'urètre ont éprouvée au moment du passage de la tête rend l'expulsion des urines difficile, même quelquefois impossible : le cathétérisme devient alors nécessaire.

Il est arrivé très-souvent que des accoucheurs, ayant oublié de s'informer si les urines étaient ou non expulsées, ont pris pour des douleurs utérines, pour l'invasion d'une métro-péritonite, des accidents qui n'étaient déterminés que par la rétention d'urine, et que le cathétérisme seul pouvait faire cesser ; ils se sont crus alors obligés de combattre ces accidents par les sangsues, les saignées, les bains, les cataplasmes. Heureux quand l'erreur est reconnue, soit par l'accoucheur, soit à la suite d'une consultation, et quand la femme en est quitte pour un traitement inutile ; mais il arrive quelquefois que, par une inconcevable ignorance de ceux qui les assistaient, des femmes sont mortes dans des angoisses inexprimables, la face altérée, le ventre ballonné, le pouls petit, serré, au milieu de douleurs abdominales atroces ; symptômes qui tous par leur gravité faisaient croire encore bien plus à l'existence d'une métro-péritonite, arrivée à sa dernière période, tandis qu'il ne s'agissait là que des symptômes de distension extrême de la vessie. Il n'est pas inutile de rappeler que la mort, dans ce cas, est déterminée par la gangrène de la vessie ou sa rupture, à la suite de laquelle survient une péritonite foudroyante : c'est ce dernier accident qui a été plus d'une fois pris pour une rupture de l'utérus.

Il ne faut pas croire que ce tableau soit exagéré ; ces rétentions d'urine après l'accouchement sont assez fréquentes, et depuis que je pratique, il m'est arrivé plus d'une fois d'être appelé pour des cas semblables : une fois entre autres, auprès d'une dame qui était assistée par un excellent praticien bien plus âgé que moi, mais étranger à tous ces petits détails, que les personnes exercées journellement peuvent seules ne pas oublier.

La considération méritée à tous égards dont cet honorable con-

frère jouissait rendait ma position très-embarrassante, car je savais qu'en sondant la femme, j'allais dissiper tout cet appareil effrayant de symptômes, et que j'aurais, au détriment d'un homme honorable qui n'avait péché que par préoccupation d'esprit, tout l'honneur de la cure ; aussi j'approuvai les moyens déjà mis en usage, sangsues, etc., je rassurai complétement les parents, en leur affirmant que, malgré l'état actuel de la malade et son apparente gravité, ces moyens avaient amené la maladie à tel point, qu'elle allait être dissipée presque instantanément. Mais je dis à part au confrère que je pensais qu'il fallait sonder la malade : ce fut un trait de lumière pour lui. Je me retirai, la femme fut sortie du bain où je l'avais trouvée, sondée immédiatement et guérie à l'instant, comme il m'avait été si facile de l'annoncer.

J'ai entendu souvent M. P. Dubois citer plusieurs faits analogues.

Bien entendu que la femme ne devra se servir dans toutes circonstances que d'un bassin plat.

§ 4. — Constater l'état de la malade.

Après s'être assuré que les urines ont été expulsées, l'accoucheur se fait montrer les linges qui ont été salis, constate l'état du ventre à l'aide de la main, glissée sous les convertures sans découvrir la femme ; il exerce une pression légère dans l'une et l'autre fosse iliaque ; si cette pression ne détermine pas de la douleur, il doit être sans inquiétude ; l'état du pouls vient aussi, dans ce cas, le rassurer, car il n'y a jamais de commencement d'inflammation péritonéale sans fréquence. Il aura soin aussi d'apprécier le volume de l'utérus et sa sensibilité. Le premier et même le second jour, la sensibilité de cet organe, quand elle n'est pas excessive, ne doit pas inquiéter l'accoucheur : c'est un phénomène presque constant, qui s'affaiblit d'heure en heure, et disparaît bientôt complétement. Quant à l'utérus, son fond, à cette époque, ne doit dépasser la symphyse des pubis que de quelques travers de doigt, souvent même sa réduction est plus prononcée encore : si donc on constate un plus grand volume de cet organe, avec cette résistance qui annonce sa réduction, on devra en conclure qu'un caillot s'est formé dans sa cavité, et alors, presque toujours, la présence de ce caillot s'accompagne de tranchées plus ou moins vives, mais toujours sans fréquence du pouls, quand la sensibilité de l'organe n'est pas exagérée et quand le péritoine est sain. Ces contractions détermineront tôt ou tard l'expulsion de ce caillot. S'il était besoin d'examiner le ventre plus exactement, on aurait soin de placer un châle chaud ou

un lange de l'enfant sur la poitrine et sur les bras de la femme, avant de la découvrir.

§ 5. — Prescriptions.

Il prescrira, deux ou trois fois par jour, des ablutions avec l'eau pure chaude, ou avec une infusion de cerfeuil, en recommandant toujours que, dans tous ces petits soins, on ait grande attention à ne pas découvrir la femme. Pour cette toilette, comme pour les excrétions, il faut faire usage d'un bassin plat chauffé. Il recommandera de nouveau le repos le plus absolu, il défendra qu'on fasse le lit de la malade, et interdira l'entrée de la chambre à toute espèce de visite ; la mère et le mari doivent être seuls admis, encore ne doivent-ils pas prolonger leurs visites. La femme a besoin du silence et du repos le plus complets, et elle n'est bien que seule avec sa garde, à laquelle aussi on recommandera de se taire.

§ 6. — Constater l'état de l'enfant.

L'accoucheur s'informe aussi de l'état de l'enfant ; il s'assure que le méconium et les urines ont été expulsés ; au besoin il favorisera l'évacuation des intestins à l'aide d'un peu d'eau sucrée, dans laquelle on aura fait dissoudre une cuillerée à café de sirop de rhubarbe, dit de chicorée, ou à l'aide de petits lavements. Si la mère nourrit, tous ces moyens sont inutiles, le colostrum, ou premier lait, suffit pour relâcher les intestins de l'enfant. Aussi j'ai l'habitude de le faire présenter au sein aussitôt que la femme a pris quelques heures de repos. Certains accoucheurs conseillent d'attendre la fièvre de lait; je ne partage pas du tout leur opinion, car les enfants ont, à cette époque, bien plus de peine à saisir le mamelon qui est effacé par la tension des seins, et, d'ailleurs l'alimentation artificielle à laquelle on est obligé d'avoir recours pour attendre la montée du lait nuit plus ou moins à l'enfant [1]. L'accoucheur doit se faire déshabiller l'enfant de temps en temps pour constater son état de santé.

Enfants qui se laisseraient mourir de faim.

La sollicitude de l'accoucheur doit encore être éveillée par une circonstance des plus graves. Quelques enfants, après leur naissance, ne témoignent aucun besoin de prendre des aliments ; ils dorment continuellement, ne tettent pas le doigt qu'on leur introduit dans la

[1] Voy. *De l'éducation physique des enfants.*

bouche; le contact du sein même ne les excite pas à teter, et si par hasard ils font quelques légers efforts de succion avec nonchalance, ils ne tardent pas à se rendormir au sein. Si l'on concluait de ce repos que l'enfant n'a pas besoin d'être alimenté, et si l'on ne prenait pas les moyens nécessaires pour le tirer de cette espèce de sommeil léthargique, on le verrait bientôt passer du sommeil à la mort. Il faut, dans ce cas, placer les enfants devant le feu, et frictionner toute la surface de leur corps, appliquer de petits cataplasmes sinapisés aux pieds, les présenter souvent au sein, et les exciter pendant qu'ils y sont; enfin, leur faire couler dans la bouche du lait de femme, ou du lait de vache coupé avec trois quarts d'eau sucrée. J'ai vu des enfants qui, sans ces précautions, se seraient laissé mourir de faim.

§ 7. — Premier et deuxième jour de couches.

Pendant le premier jour et le suivant, il n'y a pas lieu de s'occuper des garde-robes, à moins, cependant, que la femme n'ait pas été évacuée avant le travail; dans ce cas, on fera donner un lavement simple. Quant à la nourriture, elle doit consister seulement en un potage et deux bouillons, si la femme ne nourrit pas; si elle est nourrice, on peut lui accorder un potage de plus par jour. Jusqu'après la fièvre de lait, l'accouchée doit être visitée deux fois par jour.

a. Des tranchées utérines.

L'accoucheur doit aussi ne pas confondre un phénomène physiologique, les tranchées utérines, avec les douleurs morbides qui annoncent l'invasion d'une inflammation. Les tranchées ne s'accompagnent pas de fièvre, elles sont intermittentes, et comme elles résultent de cet effort que fait l'utérus pour chasser les caillots qu'il contient, et exprimer le sang qui se trouve encore contenu dans ses parois, l'accoucheur sentira, à travers les parois abdominales, la matrice qui forme une tumeur ronde, en se contractant. La femme sentira qu'une petite quantité de sang s'écoule à chaque contraction. Les tranchées sont plus fréquentes et plus intenses chez les femmes qui ont eu des enfants, que chez les primipares, qui souvent en sont tout à fait exemptes. Ces tranchées commencent le plus souvent après la délivrance : d'abord faibles et rares, elles deviennent plus fréquentes, cessent pendant la fièvre de lait, mais quelquefois elles se reproduisent après; il est rare cependant qu'elles durent pendant les huit ou neuf premiers jours. Les tranchées utérines sont quelquefois assez intenses pour qu'on doive chercher à les modérer; on

y parviendra souvent à l'aide de cataplasmes de farine de graine de lin sur le ventre et la vulve, à moins cependant que la femme ne soit menacée d'une perte; alors on n'emploierait que le laudanum en lotions sur le ventre, ou administré à la dose de six à dix gouttes dans un huitième de lavement. Si l'utérus avait conservé beaucoup de volume, et que les tranchées parussent déterminées par un caillot volumineux, il faudrait tenter de l'extraire avec deux doigts, et si cela était possible, administrer le seigle ergoté, comme le conseille M. Velpeau, sans trop compter sur cet agent; en général, le mieux est d'attendre.

b. Des lochies.

On donne le nom de lochies aux liquides qui s'écoulent de la vulve depuis la délivrance, jusqu'à ce que la matrice ait repris son volume normal. Immédiatement après la délivrance et l'expulsion du flot de sang qui l'accompagne, une petite quantité de sang pur s'écoule. Au bout de douze ou quinze heures, le sang perd de sa consistance, sa couleur devient moins foncée, et il ne s'écoule plus bientôt que de la sérosité sanguinolente, qui diminue pendant la fièvre de lait. Une fois qu'elle est terminée, les lochies reparaissent, mais elles sont d'un blanc jaunâtre. La durée de cet écoulement est de quinze jours, trois semaines ou un mois; quelquefois même, chez les femmes qui ne nourrissent pas, et seulement chez celles-là, il peut continuer jusqu'au retour des couches, six semaines après l'accouchement. Les lochies sont aussi plus copieuses chez ces dernières que chez les nourrices. Souvent les lochies sanguinolentes se prolongent bien au delà du terme ordinaire et se reproduisent souvent, après avoir cessé pendant plus ou moins de temps, quand les femmes se sont levées trop tôt. Cependant il est certain que, chez presque toutes les femmes, les suites des couches se colorent quelquefois de nouveau en rouge, la première fois qu'elles se lèvent, même après le quinzième jour. Il y a toutefois des accouchées chez lesquelles cet écoulement sanguin acquiert et conserve un caractère pathologique par sa durée et par sa quantité, quoiqu'elles aient observé avec une exactitude scrupuleuse les précautions nécessaires. Si, dans certains cas, on peut accuser la sympathie synergique de l'utérus et des mamelles chez des femmes nerveuses qui ont voulu nourrir, d'autres fois cet accident paraît se lier à un état d'inertie, à une diminution de la contractilité organique du tissu de l'utérus. Le docteur Marrotte, ayant rencontré l'utérus volumineux et saillant au-dessus du pubis sur une de ses malades, dont les lochies étaient non-seulement constituées par du sang pur, mais

aussi abondantes que le flux cataménial, quoiqu'elle fût au douzième jour et qu'elle allaitât, administra, pendant trois jours, 2 grammes de seigle ergoté, et vit, dès le deuxième jour, le sang s'arrêter en même temps que l'utérus diminua notablement de volume. Des changements que subit cet écoulement est venue la distinction en lochies sanguinolentes et en lochies séreuses ou puriformes : elle ont une odeur *sui generis* qui varie suivant les sujets. Quand elles acquièrent un caractère de fétidité, quelle qu'en soit la cause, il faut prescrire des injections aromatiques légères avec la camomille, et faire de fréquentes ablutions aux parties génitales.

Quant à l'abondance de cet écoulement, elle varie beaucoup : pendant les premières vingt-quatre heures, les femmes salissent ordinairement de huit à dix serviettes, et ce nombre diminue de jour en jour. Les lochies sont quelquefois très-peu abondantes et ne coulent que pendant un ou deux jours, même pendant quelques heures seulement, sans que la santé de la femme en soit moins bonne pour cela.

M. Ameuille a publié un fait de ce genre. Van Swieten rapporte que certaines femmes n'ont de lochies que pendant quelques heures. Wiel en cite une qui n'en eut pas du tout; et Millot, une qui accoucha trois fois sans en avoir.

c. De la fièvre de lait.

C'est, en général, entre la quarantième et la soixantième heure que la fièvre de lait se déclare. Les seins se tuméfient, se durcissent, les veines sous-cutanées se gonflent, la femme éprouve une céphalalgie plus ou moins intense ; la peau est chaude et sèche d'abord, puis il survient une sueur abondante; le pouls, d'abord petit et serré, devient bientôt large et souple; la langue légèrement blanche; la face colorée.

Rarement un petit frisson signale l'invasion de ce phénomène ; les seins se gonflent de plus en plus ; la femme ne peut plus rapprocher ses bras du corps ; mais, au bout de vingt-quatre à trente-six heures, tous ces symptômes disparaissent.

L'accoucheur, pendant ce temps, doit surveiller encore plus attentivement la malade, ainsi que l'exécution des précautions qu'il a prescrites. La poitrine sera recouverte de fichus de mousseline épais ; et dans la crainte d'un refroidissement, on redoublera de soins pour faire les ablutions : on n'en fera qu'une ou deux par jour, et l'on s'abstiendra de lavements, à moins qu'ils ne soient tout à fait indiqués.

La diète absolue est de rigueur, et au plus permettra-t-on deux ou trois bouillons coupés. Les femmes, à cette époque, désirent souvent prendre de prétendus antilaiteux : tels que la canne de Provence, la pervenche. Il n'y a aucun inconvénient à satisfaire ce désir : ces tisanes en valent d'autres. De plus, elles ont l'avantage de mettre la responsabilité de l'accoucheur à l'abri. La fièvre de lait est souvent très-faible chez les femmes qui nourrissent ; elle manque quelquefois tout à fait. Cela peut avoir lieu aussi chez une femme qui ne nourrit pas ; d'où l'on doit conclure qu'elle aurait été tout à fait incapable de remplir les fonctions de nourrice.

Dans l'immense majorité des cas, la fièvre de lait ne constitue pas une maladie et n'exige que des soins hygiéniques. Mais pendant le règne de certaines constitutions médicales et de certaines épidémies, on l'a vue emprunter quelques-uns des caractères à la maladie régnante, ou se confondre avec elle dès son début pour constituer ces épidémies de fièvre puerpérale dont nous trouvons des exemples dans Stoltz, Strack, etc. La saignée dans la forme inflammatoire, l'émétique et les sels neutres dans la forme bilieuse, l'ipécacuanha et le quinquina dans la forme catarrhale, enlèveront à la fièvre de lait ses symptômes d'emprunt ou préviendront le développement d'accidents funestes. C'est là, du reste, un sujet sur lequel nous reviendrons plus amplement à l'article *Fièvre puerpérale.*

§ 8. — Régime après la fièvre de lait.

La fièvre de lait une fois passée, on peut permettre quelques aliments, tels qu'un ou deux potages. Cependant, si les seins restaient encore tuméfiés, des bouillons devraient seuls être administrés ; un léger laxatif, soit par la bouche, soit en lavement, deviendrait de plus quelquefois nécessaire. Mais, à mesure qu'on s'éloignera du terme de l'accouchement, on augmentera la quantité des aliments, qui doivent être de facile digestion : le café au lait le matin, par exemple, quand la femme en a l'habitude, des potages gras ou maigres, des confitures, du pain mollet, du poulet, etc. Le douzième ou quinzième jour, elle peut, sous ce rapport, reprendre ses habitudes.

A. Chute du cordon. C'est vers le quatrième ou le cinquième jour qu'a lieu, en général, la chute du cordon, quoiqu'il puisse également tomber avant et après ce terme moyen. L'accoucheur doit alors examiner l'ombilic avec attention : s'il suppure après la chute du cordon, il appliquera un linge enduit de cérat ou d'huile, jusqu'au dixième ou douzième jour, époque à laquelle la cicatrisation

est complète, et il maintiendra cet appareil au moyen d'une bande assez serrée. S'il y avait exomphale, il placerait sous ce bandage des compresses graduées ou une petite pelote de coton assez résistante et recouverte de linge. Si après le dixième ou douzième jour la cicatrisation n'avait pas lieu, on saupoudrerait l'ombilic avec 1 ou 2 centigrammes de calomel par jour.

B. Faire le lit de l'accouchée. On ne fera le lit de l'accouchée qu'après la fièvre de lait, et cette opération pourra être renouvelée ensuite tous les jours ; mais, pendant ce temps, la malade sera transportée sur un autre lit, où elle restera couchée jusqu'au moment où elle sera replacée dans son lit ordinaire. Du neuvième au quinzième jour seulement, et encore en ayant égard aux tempéraments, aux circonstances de l'accouchement et des suites de couches, elle pourra s'asseoir dans un fauteuil pendant une heure ou deux, et cela pendant deux ou trois jours : après quoi elle pourra essayer ses forces en faisant quelques pas.

§ 9. — Première sortie de l'accouchée.

Ce n'est que du vingtième au trentième jour qu'elle doit sortir pour la première fois, surtout si c'est en hiver. Il est plus prudent même, dans ce cas, de ne lui permettre cette sortie qu'au bout de six semaines. Il faut aussi lui défendre d'aller immédiatement à l'église, pour remercier Dieu de son heureuse délivrance ; la température intérieure des temples, qui est toujours froide et humide, surtout en été, contraste trop avec celle de l'extérieur, et la femme qui s'y expose y contracte souvent les germes de maladies plus ou moins graves.

§ 10. — Entretenir la liberté du ventre.

Chaque jour, depuis la fièvre de lait, la nouvelle accouchée devra prendre un lavement. Si l'eau simple est insuffisante, on y ajoutera un peu de miel de mercuriale, 15 à 20 grammes. Enfin, dans le cas où ce laxatif manquerait son effet, on administrerait 15 grammes d'huile de ricin dans une tasse de bouillon gras, de bouillon aux herbes ou de poulet : c'est le procédé qui m'a paru préférable. D'abord, ce purgatif en lui-même est très-doux, d'un effet sûr, purge dans la plupart des cas sans coliques et ne détermine jamais de superpurgations; de plus, administré dans le bouillon bien chaud, aussi chaud qu'on peut le prendre, en ayant soin de placer, avant et après l'avoir pris, une tranche de citron dans la bouche, il perd une grande partie de son goût désagréable, ce

qui n'a pas lieu quand on le mélange, comme on le conseille, avec le sirop de limon.

§ 11. — Antilaiteux.

Toutes les femmes croient aux dépôts laiteux et les craignent extrêmement : aussi demandent-elles, pour la plupart, à prendre des antilaiteux et à être purgées. Je me suis déjà expliqué à l'égard de la canne et de la pervenche ; quant aux laxatifs, à moins de contre-indication, il faut en permettre l'usage : ils ne peuvent qu'être utiles ; et, de plus, les femmes perdront le droit, par suite, de vous attribuer les affections rhumatismales et autres dont elles pourraient être tourmentées jusqu'à la fin de leurs jours, ce qu'elles ne manqueraient pas de faire si vous leur défendiez l'usage des laxatifs. Dans ce cas, c'est à l'huile de ricin ou à l'eau de Sedlitz, à la limonade gazeuse, au citrate de magnésie que j'accorde toujours la préférence.

Quelquefois, si la langue est large, blanche, jaunâtre, la bouche amère et pâteuse, s'il n'y a pas d'appétit, et surtout si la constipation est opiniâtre, l'accoucheur devra prendre l'initiative et ordonner une purgation.

CHAPITRE PREMIER

ACCIDENTS QUI SONT DE NATURE A RETARDER OU A EMPÊCHER L'ACCOUCHEMENT.

Dans le plus grand nombre de cas, l'accouchement n'est qu'une fonction naturelle que les ressources de l'organisme suffisent à accomplir. L'accoucheur n'est le plus souvent que simple spectateur de l'accouchement, cependant il n'en est pas moins d'une grande utilité pour donner au travail une direction convenable ; en outre, une foule de circonstances pouvant entraver la marche du travail, le rendre dangereux, ou tout à fait impossible, il faut alors tenter de diriger la nature dans les voies qu'elle devrait suivre, la ramener de ses écarts, ou la suppléer ; enfin, il faut soustraire la mère et l'enfant aux dangers qui les menacent.

Dans l'énumération de ces accidents, je ne suivrai pas la marche généralement adoptée, mais je les envisagerai tous en les groupant

autant que possible, sous le point de vue des difficultés qu'ils peuvent créer, et des opérations qu'ils peuvent nécessiter depuis le début du travail jusqu'à sa terminaison. J'indiquerai aussi, après chaque accident, les manœuvres propres à remédier à chaque accident en particulier, me réservant de parler des grandes manœuvres, version, forceps, etc., etc., applicables à presque tous les cas, après l'énumération complète de tous les accidents qui peuvent en nécessiter l'emploi. De plus, les indications et les procédés opératoires particuliers n'étant pas les mêmes dans toutes les présentations, je les envisagerai d'abord sous le point de vue de la présentation du sommet, puis sous celui de la présentation de la face, de l'extrémité pelvienne et du tronc.

ARTICLE Ier.

Présentation du sommet.

FAIBLESSE DES CONTRACTIONS PAR INERTIE DE L'UTÉRUS, ET DES CAUSES QUI PEUVENT LES PRODUIRE.

La faiblesse des contractions utérines se manifeste spécialement chez les femmes d'une constitution grêle, débile, ou affaiblies par de grandes maladies. Chez elles, les contractions peu énergiques meurent presque aussitôt qu'elles se manifestent; elles ne portent pas, comme on dit vulgairement; la dilatation de l'orifice est lente, la poche amniotique ne fait pas effort à travers cet orifice. Enfin, si les membranes sont rompues, la tête vient reposer à peine sur l'orifice.

L'accoucheur doit, autant que possible, soutenir les forces de la malade à l'aide de quelques légers toniques, tels que bouillon, vin généreux; et, si ces moyens sont insuffisants, il doit administrer le seigle ergoté, mais seulement, autant qu'il le pourra, lorsque la dilatation est presque complète.

§ 1. — Faiblesse propre de l'utérus.

La faiblesse propre de l'utérus, quoique du reste la constitution de la femme soit bonne, peut déterminer aussi les mêmes phénomènes. Souvent même toute l'énergie dont l'utérus est doué s'épuise, dès le début du travail, à produire des contractions vives et soutenues, puis ces contractions perdent bientôt peu à peu de leur intensité, et finissent par cesser tout à fait.

Il faut alors exercer des frictions sur l'abdomen, frictionner le col de l'utérus, faire marcher la femme, administrer le seigle ergoté [1].

L'ergot du seigle, d'une bonne qualité, porte une espèce de champignon ou de chaperon à son sommet : il est violet, foncé, comme recouvert de poussière; il doit être pulvérisé au moment même où l'on en fait usage, sans quoi il perd sa vertu.

Ce médicament a la propriété d'accroître les contractions utérines et de les réveiller, c'est ce que personne ne conteste aujourd'hui; mais on n'admet pas aussi généralement qu'il puisse déterminer des contractions, lorsque ces contractions ne se sont pas déjà manifestées. Pour moi, je regarde comme certain qu'il peut les produire et donner la première impulsion au travail, surtout à une époque avancée de la grossesse [2]. Ce n'est, au reste, seulement qu'après le terme de la viabilité fœtale, que je l'ai administré jusqu'à présent, avant qu'il y ait eu des contractions utérines, et je l'ai rarement vu, dans ces cas, manquer son effet.

Outre qu'il remédie à l'inertie utérine, le seigle ergoté jouit aussi de propriétés hémostatiques qui en font un médicament précieux dans les hémorrhagies utérines. Dans ce cas, il agit sur la contractilité organique propre du tissu de l'organe (la tonicité), tandis que, dans le premier cas, il réveille et développe la contraction organique.

Les contractions qu'il détermine diffèrent des contractions naturelles, ce qui permet de bien reconnaître si le retour des contractions est dû à l'action du médicament, ou est naturel. Celles-ci se manifestent ordinairement dix minutes, un quart d'heure après l'ingestion du seigle, et leur effet ne dure qu'une heure environ. Elles sont permanentes, marchent par exacerbation, et les intervalles qui séparent ces redoublements ne laissent pas la femme dans un calme parfait, comme cela a lieu entre chaque douleur naturelle; l'utérus reste constamment contracté et resserré sur le produit. Ces contractions ressemblent beaucoup aux contractions pathologiques dont je vais bientôt m'occuper; elles sont aussi fa-

[1] Consultez A. Millet, *Du seigle ergoté considéré sous les rapports physiologiques, obstétrical et de l'hygiène publique.* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVIII. Paris, 1854, in-4.)

[2] Une naine, dont j'aurai encore occasion de parler plus tard, et que M. P. Dubois avait été obligé de délivrer une première fois à l'aide du forceps, devint enceinte de nouveau. Pour éviter une opération, il résolut de déterminer chez elle l'accouchement prématuré. Le seigle ergoté lui fut donc administré avant toute douleur, au terme de huit mois environ, et, peu de temps après, un travail régulier se manifesta.

tigantes pour la femme, mais bien différentes dans les résultats : elles déterminent l'accouchement et peuvent causer la mort de l'enfant, tandis que les douleurs pathologiques n'accélèrent en rien le travail, mais au moins sont sans danger pour le produit.

Quelques accoucheurs ont proscrit cet agent à cause des dangers qu'il fait courir à l'enfant. Il est malheureusement certain qu'on fait un grand abus de ce médicament. Je l'ai souvent vu administrer dans des cas où il était tout à fait inutile ; bien plus, dans quelques circonstances où j'ai été appelé en ville pour changer une mauvaise présentation, j'ai trouvé souvent le fœtus mort, et l'utérus tellement revenu sur lui-même, tellement rétracté, que la version était extrêmement difficile, parce que, méconnaissant l'indication, on avait administré le seigle ergoté, au lieu de changer la présentation, comme on aurait dû le faire.

Cet abus et ses conséquences fâcheuses ont beaucoup contribué à discréditer ce médicament dans l'esprit de certains praticiens très-recommandables ; mais doit-on se priver d'un moyen précieux, parce qu'il a des inconvénients quand il est employé sans discernement, et parce que dans les cas où son usage est prescrit, ses effets ne sont pas surveillés avec soin ! Non, sans doute.

Aussi je vais déterminer les circonstances où le seigle ergoté devra être administré, et celles où l'usage doit en être proscrit.

Il ne doit être donné, pendant le travail, dans le cas de faiblesse des contractions utérines ou d'inertie complète de l'utérus, que lorsque la présentation est de nature à permettre l'expulsion spontanée, lorsque le bassin, quoique rétréci, ne l'est cependant pas assez pour empêcher la sortie spontanée du produit. Mais il doit être proscrit dans les présentations du tronc. On doit de même en défendre l'usage quand il existe un obstacle sérieux au col, soit par suite d'un état morbide ou de la rigidité extrême de cette partie ; car c'est au débridement qu'il faut avoir recours. Autant que possible, on ne l'emploiera qu'après la rupture des membranes, et lorsque le col est dilaté ou assez dilatable pour céder facilement. On doit bien se garder aussi de l'administrer quand la tête est dans l'excavation ou à la vulve, à moins que le périnée ne soit facilement extensible, et que la femme ne soit pas primipare, et encore devrait-on, dans ce cas, surveiller avec soin, à chaque instant, l'état de santé de l'enfant, au moyen du stéthoscope, et en s'assurant que les eaux de l'amnios qui s'écoulent, ne sont pas teintes de méconium, pour agir immédiatement avec le forceps, si la vie de l'enfant venait à être menacée. Quand l'enfant est en danger dans les mêmes conditions, c'est alors au forceps seul qu'il faut avoir recours ; car le

seigle ergoté ne servirait qu'à accroître le danger que court le produit.

Il faut, autant que possible, éviter de l'administrer aux femmes qui sont très-nerveuses et très-irritables, aux femmes chez lesquelles il existe des symptômes de congestion, ou simplement des symptômes de pléthore, à moins que la saignée que vous aurez dû faire dans ce cas, n'ait été insuffisante; enfin, aux femmes chez lesquelles la sensibilité utérine est habituellement exaltée, et qui sont sujettes aux inflammations.

M. le docteur Merier (de Saint-Dizier) a rapporté quatre observations [1] où il a administré le seigle ergoté, malgré quelques-unes de ces contre-indications, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient, chez trois aliénées, dans la maison qu'il dirige, et chez une fille en délire au dehors : ces quatre faits prouvent qu'il n'y a pas de règles absolues, mais ne prouvent rien contre la règle.

On comprend, d'après cela, qu'à moins d'une indispensable nécessité on devra s'abstenir du seigle ergoté, à une époque du travail où les conditions qui peuvent permettre l'extraction de l'enfant n'existent pas encore.

L'ergot de seigle s'administre le plus généralement en poudre que l'on délaie dans un demi-verre d'eau sucrée : la dose est de 1 gramme divisé en trois paquets, que l'on fait prendre à dix minutes d'intervalle, afin de pouvoir suspendre le médicament si la première, puis la seconde dose suffisaient pour produire l'effet qu'on se propose. On a conseillé de l'administrer en décoction, en infusion, à l'état d'extrait alcoolique, de teinture éthérée; mais comme son action est d'autant plus efficace qu'il est pulvérisé plus fraîchement, il vaut mieux l'administrer en poudre.

Ce médicament, quelle que soit la forme sous laquelle il est administré, est souvent vomi. Dans ce cas, on l'administre en lavement; il est même, par cette voie, plus rapidement absorbé que par l'estomac, et agit plus directement sur l'utérus : aussi il faut avoir soin de n'en pas élever la dose.

Le galvanisme a aussi été recommandé par M. Radfort, de Manchester. Un conducteur de la pile est placé sur la colonne vertébrale, l'autre sur le col et rarement le moyen manque son effet. J'en trouve une nouvelle confirmation dans une série d'observations publiées par le docteur Robert Barnes [2]; mais on comprend que cette méthode ne peut être vulgarisée dans la pratique, par suite

[1] *Gazette des hôpitaux*, 28 mai 1853.

[2] *Union médicale*, 25 mai, 1er juin, 3 juin 1854.

de la nécessité d'avoir avec soi l'appareil. Des circonstances exceptionnelles, telles que la proximité des lieux habités par la patiente et l'accoucheur et le séjour dans un hôpital d'accouchement pourraient permettre d'utiliser le galvanisme dans les cas imprévus.

Il n'en est pas de même de l'application de cet agent pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, comme je le ferai voir en temps utile.

§ 2. — Pléthore.

La pléthore générale ou locale peut aussi ralentir ou suspendre les douleurs; la saignée, dans ce cas, devra être pratiquée.

§ 3. — Impressions morales.

Les impressions morales vives, déterminées par l'arrivée ou la présence de personnes qui déplaisent, par la vue d'un accoucheur autre que celui que la femme attendait, par l'annonce d'une nouvelle inattendue, qu'elle soit de nature à déterminer la joie ou la tristesse, peuvent produire aussi les mêmes effets. Ainsi tous les accoucheurs ont remarqué que la satisfaction, la quiétude d'esprit qu'éprouvent les femmes à l'arrivée de celui qui doit les assister, suspendent les douleurs momentanément; il peut arriver, et cela n'est pas très-rare, que cet effet se continue, à tel point que l'accoucheur soit obligé de quitter de temps en temps la malade, pour permettre aux contractions de se manifester, ou tout au moins, si le travail est avancé, de passer seulement dans une pièce voisine en simulant une absence. C'est ce que je fus obligé de faire chez une dame G..., que j'avais empêchée d'avorter plusieurs fois pendant sa grossesse, lorsque le travail se déclara à terme. Chaque fois que je rentrais auprès d'elle, le calme survenait et durait indéfiniment; à peine étais-je sorti de sa chambre que les douleurs reprenaient avec énergie. Une douleur vive, étrangère à la contraction utérine, peut aussi produire le même effet; quelle qu'en soit la cause, l'accoucheur devra s'attacher à la discerner et à la combattre.

§ 4. — Mort de l'enfant.

L'expulsion d'un enfant qui a cessé de vivre se fait quelquefois avec lenteur; d'autres fois, l'art est obligé d'intervenir pour déterminer cette expulsion. Mais il ne faut pas croire que ce soit la mort de l'enfant elle-même qui détermine ces obstacles. En effet, si la femme et l'utérus sont doués d'une énergie suffisante, l'accouche-

ment se fait aussi rapidement que dans les cas où l'enfant est vivant; et quand il est plus lent après la mort du produit, cela ne tient pas au défaut d'action du produit, on sait qu'il est étranger à son expulsion, mais bien à ce que les causes qui ont déterminé sa mort ont influé aussi sur la constitution de la mère et sur l'énergie de l'organe gestateur; puis aussi, peut-être, de ce que l'utérus est privé de cette espèce d'excitation que les mouvements de l'enfant déterminent. La mort de l'enfant peut créer un obstacle d'un autre genre. M. Duparcque a signalé un fait où sa roideur cadavérique avait constitué une cause de dystocie sérieuse. (Voyez plus loin.)

§ 5. — Distension extrême de l'utérus.

La distension extrême de l'utérus, soit qu'elle soit déterminée par la présence de plusieurs fœtus, soit qu'elle dépende d'une grande accumulation de liquide, peut aussi déterminer la faiblesse, la suspension ou la cessation complète des douleurs. En effet, dans les cas ordinaires, l'œuf n'est pas entièrement rempli par le liquide amniotique, et l'utérus ne se trouve pas distendu; celui-ci peut alors, avant la rupture des membranes, réagir sur l'œuf et en engager une partie dans l'orifice. Lorsque cet organe, au contraire, a été forcé de s'étendre au delà des limites ordinaires, par suite de la distension anormale de l'œuf, il perd en partie ses propriétés contractiles, ou n'en reste plus doué qu'à un degré peu marqué. On remédie à cet accident en donnant issue à une certaine quantité de liquide amniotique, au moyen de la rupture prématurée des membranes; l'utérus alors se retrouve dans les conditions normales; la contractilité organique dont il est doué ne rencontre plus d'obstacle à son exercice.

§ 6. — Résistance et rupture des membranes.

Lesmembranes ont quelquefois une épaisseur et une consistance telles, que des contractions énergiques et soutenues ne peuvent en triompher facilement, quoique la dilatation soit depuis longtemps complète et que la poche des eaux fasse saillie dans le vagin. Si l'on n'intervient pas dans ce cas, la rupture des membranes peut se faire très-longtemps attendre; quelquefois même les contractions peuvent être insuffisantes à déterminer cette rupture : l'utérus tombe alors dans l'inertie, et il y a nécessité d'opérer cette rupture artificiellement.

Après s'être assuré que la présentation est favorable, on opère la rupture des membranes. Pour cela, on choisit le moment d'une contraction énergique, et pendant que la poche bombe fortement,

on pousse sur elle l'extrémité du doigt indicateur : cet effort suffit quelquefois; mais il arrive souvent qu'on est obligé d'écorcher avec le bout de l'ongle la surface des membranes, afin de les affaiblir; dans le cas où elles résisteraient il faut se servir d'une plume taillée comme pour écrire. On l'introduit, appliquée sur l'index, jusque sur les membranes; puis, au moment d'une contraction, on la pousse légèrement avec l'autre main, et la poche se déchire aussitôt d'elle-même sur cette pointe. La plume est, sans contredit, l'instrument qui doit être préféré : il est flexible et inoffensif. Il est souvent nécessaire de la recourber pour arriver plus facilement sur les membranes.

J'ai posé en principe que l'on ne doit rompre les membranes que lorsque la dilatation est complète, parce que si l'on opère la rupture, le col, non encore dilaté, ne peut livrer passage au produit. Le liquide amniotique s'étant écoulé, les contractions nécessaires pour achever cette dilatation s'exerceront directement sur l'enfant, qui, n'étant plus protégé par le liquide, reste exposé, jusqu'à la dilatation complète, aux efforts de contraction de l'utérus et peut souffrir de cette compression.

Mais il y a des exceptions à cette règle; la rupture prématurée artificielle des membranes est souvent, avant la dilatation complète, un bon moyen de favoriser les contractions, et par suite la dilatation de l'orifice. Le fait observé à l'Hôtel-Dieu, que je rapporte à l'article *Rigidité de l'orifice*, en est une preuve convaincante. Ainsi, quand le col, sans être dilaté complétement, est effacé, souple et dilatable, si la rupture devient nécessaire pour activer le travail, on peut la pratiquer sans danger pour le produit. Les inconvénients de cette rupture prématurée, soit qu'elle ait été pratiquée artificiellement, soit qu'elle se soit opérée seule, ont été beaucoup exagérés.

Car, dans la plupart des cas où cette rupture est nécessaire, la tête de l'enfant bouche si exactement l'orifice, qu'il s'écoule, en général, très-peu de liquide, à tel point qu'on est souvent obligé d'en favoriser l'écoulement successif, pour continuer de réveiller la contraction utérine. Pour cela, on soulève la tête légèrement au-dessus de l'orifice, et, à chaque petit flot de liquide qui s'écoule, la contraction renaît.

Quand le travail languit, les contractions perdant leur énergie après s'être exercées avec régularité, le col ne se dilatant pas, les membranes étant intactes, il est difficile de déterminer si la cessation du travail dépend de la faiblesse propre des contractions utérines, ou d'une trop grande réplétion de l'œuf, d'une trop grande résistance des membranes ou d'une rigidité propre du col utérin, ces

trois dernières circonstances isolées ou réunies pouvant déterminer aussi l'inertie, en causant la lassitude de l'utérus.

Le moyen par exellence d'éclairer la question, c'est de rompre les membranes; on écarte ainsi les causes d'inertie qui dépendent de la trop grande réplétion de l'œuf, de la résistance des membranes, et si le travail, après cette rupture, ne se ranime pas, on n'a plus à s'en prendre qu'à la faiblesse de l'utérus ou à la trop grande résistance du col utérin. S'il se ranime, c'est qu'on était tombé juste. Avant cette rupture on est dans un cercle vicieux, dont cette rupture seule peut faire sortir. En effet, toutes ces circonstances sont solidaires les unes des autres.

Si les membranes résistent trop, si le col utérin résiste trop, si l'utérus est trop rempli, l'utérus, lassé de s'exercer contre un obstacle qu'il ne peut vaincre, cesse de se contracter.

Si le col résiste trop, il ne se dilate pas, et les membranes ne peuvent se rompre, et l'utérus tombe encore dans l'inertie.

Si les membranes résistent trop, ou que l'œuf soit trop rempli, l'orifice ne se dilate pas, soit parce que la poche ne s'engage pas dans le col pour le dilater, soit parce que la trop grande résistance des membranes ou la trop grande réplétion de l'œuf amenant l'inertie, le col ne peut se dilater faute de contraction; comme on le voit, la rupture des membranes éclaire la question et peut seule faire sortir de ce cercle vicieux, qui jusqu'alors n'avait pas encore été signalé au praticien; on le rencontre cependant bien souvent.

§ 7. — Rigidité du col utérin, son obliquité, son agglutination; résistance du périnée; vices de conformation du bassin et du produit; mauvaises présentations.

Ce sont autant d'accidents qui peuvent ralentir le travail indirectement, en affaiblissant les contractions. Dans ces cas, l'utérus se contracte d'abord avec plus ou moins d'énergie; puis lassé, pour ainsi dire, de s'exercer contre des obstacles dont il ne peut triompher, il s'épuise, les contractions s'affaiblissent peu à peu, deviennent rares, enfin elles cessent complétement. Je devrais donc m'occuper ici de ces accidents; mais, comme ils constituent aussi directement par eux-mêmes des obstacles à l'expulsion du produit, ils trouveront mieux leur place dans un chapitre spécial.

Enfin, quelle que soit la cause de l'inertie, si aucun des moyens que je viens d'indiquer n'avait pu ranimer les contractions utérines, il faudrait extraire le produit, en allant chercher les pieds (version), si la tête est située au-dessus du détroit supérieur ou à peine engagée dans ce détroit; ou bien l'extraire par le forceps, si les premières

contractions qui se sont manifestées au début du travail ont engagé la tête dans l'excavation, l'inertie étant survenue après cet engagement. (Voyez *Forceps*, *Version*.)

ARTICLE II.

DES CONTRACTIONS IRRÉGULIÈRES OU PATHOLOGIQUES.

La contractilité organique de l'utérus est sujette à des irrégularités dans son mode d'action et à un état particulier d'exacerbation qu'il est bien important de reconnaître.

L'utérus, comme on a pu le voir dans les figures de la partie anatomique de cet ouvrage, est formé par plusieurs plans fibreux et plusieurs faisceaux musculaires, qui constituent de véritables muscles bien distincts. Dans l'accouchement normal, tous ces muscles se contractent à la fois pour agir sur le produit, et le résultat de cette contraction est une douleur vive, suivie bientôt d'un calme parfait. Si, au contraire, ces différents muscles se contractent les uns après les autres, il en résulte une série de contractions alternatives extrêmement douloureuses, fatigantes, et très-irrégulières dans le mode et dans les intervalles de leur reproduction.

La main, appliquée sur l'abdomen, reconnaît très-bien aux irrégularités de la surface de l'utérus, à la dureté de certaines parties de son étendue, à la mollesse de certaines autres, que les contractions sont partielles; on sent, de plus, que le fœtus, ballotté par ces alternatives de contractions, au lieu d'être engagé par une synergie d'action de tous les muscles de l'organe, ne s'avance que lentement, et le plus souvent ne fait aucun progrès.

D'autres fois, les douleurs sont continues ; on n'y remarque pour tout paroxysme que de véritables exacerbations. Dans ce cas, toutes les parties de l'organe se contractent à la fois, et bien que cette contraction puisse déterminer l'engagement du produit, cependant l'impulsion qu'il reçoit n'est pas en rapport avec la violence de la douleur. Dans l'une et l'autre circonstance, les femmes sont en proie à une agitation extrême, à un véritable désespoir; le pouls est fréquent, développé, la peau chaude, la face rouge et animée ; tous les muscles du corps semblent participer à la contraction de l'organe ; l'intelligence se trouble. Enfin, si l'on ne modifiait pas cet état particulier de l'utérus, auquel on a donné le nom de tétanos utérin, il serait bientôt remplacé par de véritables convulsions, par l'éclampsie puerpérale.

Toutefois, dans ce cas, la médication est le plus souvent suivie

d'un résultat heureux; elle permet de faire cesser les angoisses horribles auxquelles les femmes sont en proie, et d'en prévenir les fâcheuses conséquences.

Elle consiste dans la saignée générale, les bains et les narcotiques, suivant le tempérament de la femme. Si elle est pléthorique, la saignée suffira quelquefois seule; mais si, dix minutes ou un quart d'heure après qu'elle aura été pratiquée, l'effet sédatif qu'elle doit produire ne s'est pas manifesté, il faut recourir aux opiacés. Si la patiente est nerveuse, irritable, les bains, et surtout les narcotiques, devront être employés. On administrera d'abord un huitième de lavement laudanisé, quinze gouttes de laudanum de Sydenham dans un quart de verre d'eau tiède seulement, afin qu'il soit plus facilement gardé; puis on fera mettre la femme au bain; si, un quart d'heure après sa sortie du bain, l'effet n'est pas produit, on reviendra de quart d'heure en quart d'heure aux petits lavements, avec addition de dix gouttes de laudanum dans chacun; trois ou quatre de ces lavements suffisent.

En général, peu d'instants après le premier lavement, les douleurs s'affaiblissent. A cette agitation extrême succède un calme parfait, pendant lequel la femme goûte quelquefois un sommeil bienfaisant; puis les douleurs renaissent, mais régulières, et suivies d'intervalles de calme. La femme a retrouvé son énergie, son courage, et l'accouchement fait de rapides progrès.

J'ai eu souvent, tant en ville qu'à l'hôpital, l'occasion d'employer cette médication, que j'ai toujours vue couronnée de succès. C'est par M. P. Dubois que je l'ai vu employer pour la première fois. Je me bornerai à en citer un exemple [1].

Dans ce cas aussi, toujours je me suis très-bien trouvé de quelques inspirations de chloroforme, faites à même le flacon, bien que je me sois vu souvent encore obligé de recourir au laudanum.

Voyez le chapitre spécial sur le *Chloroforme et l'éther appliqués aux accouchements*.

[1] Le 11 juillet 1837, la nommée Carron, âgée de vingt-cinq ans, entra à la salle d'accouchement, présentant tous les symptômes d'un travail commençant : les douleurs assez vives étaient continuelles; cependant le travail languissait, la femme était excédée de fatigue et découragée. Quinze gouttes de laudanum lui furent administrées, les douleurs se suspendirent, un sommeil assez calme survint, et elle n'accoucha que le lendemain.

Je pourrais multiplier ces citations, mais l'étendue de cet ouvrage ne me le permettant pas, je renvoie au mémoire que j'ai publié sur cette matière en 1838.

ARTICLE III.

ÉPUISEMENT DES FORCES.

L'épuisement des forces peut se présenter à toutes les époques du travail; il faut chercher à les ranimer par des toniques, le bouillon gras, un peu de vin généreux; mais ces moyens sont souvent infructueux quand cet épuisement se rattache à des maladies antérieures ou dépend d'un excès de fatigue. L'accoucheur se trouve alors dans l'obligation d'extraire le fœtus : par la version, si la tête est encore au détroit supérieur ; par le forceps, si elle est engagée et que la version ne soit plus possible.

ARTICLE IV.

RHUMATISME UTÉRIN.

Le rhumatisme utérin, que M. Stoltz a un des premiers signalé, est encore un obstacle à l'accomplissement régulier de la parturition, quelquefois même il rend cette expulsion impossible sans le secours de l'art.

Les symptômes de cette affection sont à peu près les mêmes que ceux des contractions pathologiques. Chaque contraction n'est pas séparée par un calme franc ; la contraction, quand elle se manifeste, n'est que l'exacerbation d'une douleur qui n'a pas cessé ; de plus, chacune de ces exacerbations est perçue aussi douloureusement par la mère pendant toute sa durée. La douleur réside dans la contraction utérine même, tandis que dans la contraction normale la douleur ne se fait pas sentir dès le début, elle n'est perçue qu'au moment où l'effort du corps de l'organe est communiqué au col.

Dans le rhumatisme utérin, la douleur ne débute pas par le fond, comme cela a lieu dans la contraction normale, mais elle se fait sentir d'abord dans le point où la femme souffre habituellement, et de là elle se propage au col.

La violence des douleurs est quelquefois telle dans cette circonstance, que la contraction s'arrête brusquement, et qu'elle est remplacée par une douleur permanente qui n'exerce aucune influence sur la marche du travail; bien plus, dans la crainte d'augmenter ses douleurs, la femme évite de contracter les muscles abdominaux, et le travail marche alors avec une lenteur excessive, ou cesse complétement, malgré l'intensité et la continuité des douleurs. La femme est dans un état d'anxiété extrême, accompagnée de ténesme vésical : la soif est excessive, le pouls fréquent, la peau chaude et sèche. La persistance de cet état tout à fait analogue aux contractions pathologiques, dont

je me suis occupé plus haut, peut donner lieu à l'éclampsie, ou déterminer une métrite : il est donc bien important de faire tous ses efforts pour le modérer. Comme dans les contractions pathologiques, on fera sur le ventre des embrocations avec parties égales d'huile d'amandes douces et de laudanum ; on administrera le laudanum de Sydenham dans un huitième de lavement, à la dose de dix, quinze, vingt gouttes, suivant l'importance des accidents ; on usera des inspirations de chloroforme, par ma méthode atténuante (voyez le chapitre spécial sur l'*Éther et le chloroforme appliqués aux accouchements*) ; on pratiquera une petite saignée, s'il y a pléthore. Enfin, dans le cas d'insuffisance de ces moyens, et si le travail ne faisait aucun progrès, il faudrait extraire le produit à l'aide de la version ou du forceps. Rarement, dans ce cas, pourra-t-on agir par la version : en effet, les premières contractions suffiront souvent pour rendre cette opération impossible, par suite du retrait de l'utérus ; mais la tête sera alors assez basse pour qu'elle soit accessible au forceps.

ARTICLE V.

OBLIQUITÉS DE L'UTÉRUS.

Dans l'article *Maladies et incommodités de la grossesse*, je me suis occupé des obliquités de l'utérus ; il me reste maintenant à parler de leur influence sur le travail.

§ 1. — Obliquité antérieure.

L'obliquité antérieure, quand elle n'est que peu prononcée, ne constitue, comme je l'ai dit, que l'état normal de l'utérus parvenu à terme, et ne nécessite aucun soin particulier ; mais quand elle est très-prononcée, elle peut ralentir sensiblement le travail ; il est donc nécessaire de la corriger. En effet, par suite de l'antéversion forcée du fond de l'utérus, le col est fortement dirigé en arrière et appliqué contre la face antérieure du sacrum (fig. 122) ; la dilatation du col ne s'effectue qu'avec une extrême lenteur, ou ne s'accomplit pas du tout ; et si le bassin est large, la tête, ne pouvant franchir l'orifice utérin, pousse au-devant d'elle jusqu'à la vulve le segment antérieur et inférieur de l'utérus. La ligne courbe ponctuée de la figure 122 représente cette propulsion. Si le bassin est étroit, la difficulté est beaucoup plus grande, et les accidents peuvent être plus graves. Ainsi la partie antérieure et inférieure de l'utérus, distendue par la tête, qui fait effort

Fig. 122. — *Antéversion utérine.*

pour s'engager au détroit supérieur, peut se déchirer ou tomber en gangrène.

Il est facile, dans le premier cas, quand la tête est engagée dans l'excavation, de s'assurer qu'elle n'y est pas arrivée nue ; le doigt, fortement porté en arrière, sentira l'orifice utérin; de plus, l'antéversion du corps de l'organe témoignera suffisamment de la cause qui ralentit le travail. Cependant il peut arriver que le col soit dirigé fortement en arrière, sans inclinaison antérieure du corps, par suite de l'insertion anormale du col sur l'utérus (fig. 123), et que cette disposition donne lieu aux difficultés que je viens de signaler. Il sera facile de distinguer ces accidents l'un de l'autre.

Fig. 123.—*Insertion postérieure du col.*

Quand la tête est encore au détroit supérieur, l'exploration abdominale et le toucher feront reconnaître l'accident; mais l'orifice de l'utérus sera souvent, dans ce cas, plus facile à atteindre que lorsque la partie inférieure de l'utérus a été poussée dans l'excavation.

§ 2. — Obliquité postérieure.

A l'exemple de Baudelocque, Gardien, Désormeaux et de M. P. Dubois, je n'admets pas l'obliquité postérieure comme possible à terme. Et d'ailleurs, quand bien même cette disposition existerait, jamais elle ne pourrait être assez prononcée pour mettre obstacle à l'expulsion. Le corps de l'utérus, retenu par la colonne vertébrale, ne pourrait jamais se basculer assez en arrière pour éloigner l'orifice utérin du détroit supérieur; cet orifice pourrait tout au plus se placer derrière les pubis, mais il serait toujours exposé au vide du bassin, ce qui rendrait toujours le passage de la tête possible (fig. 124).

Fig. 124.

Fig. 125.

On trouve cependant dans les auteurs quelques faits rapportés

comme des exemples d'inclinaisons postérieures de l'utérus à terme; mais ces faits ne sont, à mon avis, que des cas d'insertion anormale du col sur la partie antérieure de l'utérus (fig. 125). En lisant les observations rapportées par Merriman et M. Velpeau, on acquerra la certitude de ce que je viens d'avancer : en effet, dans aucune, il n'est démontré qu'il y ait eu inclinaison postérieure de l'organe ; la situation du col paraît avoir appelé spécialement l'attention des observateurs, et c'est cette direction du col qui probablement leur a fait admettre une inclinaison dans le sens opposé pour le corps de l'utérus. Au reste, quelle que soit la cause de cet accident, les conséquences en sont toujours les mêmes, ainsi que les moyens d'y remédier.

Le docteur Billi, professeur à l'école d'accouchement de Milan, signale aussi un fait de ce genre, qui ne m'a pas semblé faire exception : il s'agissait, pour moi, dans ce cas, d'une insertion anormale du col très en avant, avec prolapsus utérin. Le col était impossible à trouver par le toucher ordinaire, il fallut introduire toute la main. Dans cette circonstance on se trouverait très-bien de faire mettre la femme sur les genoux et les coudes pour faire basculer le fond de l'organe en avant, et pour permettre à la main, qui elle-même serait introduite par derrière, de pénétrer plus facilement jusqu'au col utérin.

(Voyez les figures qui représentent une manœuvre analogue, au chapitre des *Présentations de l'épaule.*)

§ 3. — Obliquités latérales.

Comme je l'ai dit en parlant de cet accident pendant la grossesse, l'obliquité latérale droite est beaucoup plus fréquente que la gauche, aussi est-elle bien plus disposée que cette dernière à s'exagérer.

Il est rare que cette inclinaison puisse apporter obstacle à la terminaison de l'accouchement ; cependant elle peut ralentir un peu le travail. J'ai eu la conviction intime qu'elle peut influer sur la nature de la présentation du produit. J'ai cité, page 357 et fig. 116, le cas d'une dame chez laquelle cette inclinaison forcée déterminait une variété frontale du sommet, que la réduction de l'utérus corrigea immédiatement ; je ne serais pas non plus éloigné de considérer avec Dugès cet accident comme pouvant déterminer, dans certains cas, les présentations du tronc.

La situation du corps et celle du col de l'organe permettent de caractériser cet accident.

Il est bien rare que les obliquités utérines mettent un obstacle

sérieux à l'expulsion du produit ; si elles sont peu prononcées, elles peuvent ralentir le travail, mais la nature triomphe tôt ou tard des difficultés. Cependant l'accoucheur ne doit pas rester paisible spectateur de l'expulsion ; la patience est sans doute sa première vertu, mais, dans ce cas, il y a quelque chose de mieux à faire que d'attendre : il faut soutenir l'utérus pendant chaque contraction, le ramener à sa situation normale, et l'y maintenir, si cela est possible, par la situation qu'on donnera à la femme. En effet, on mettra, par ce moyen, l'axe de l'utérus en rapport avec celui du détroit supérieur, et la somme des forces expultrices s'exerçant directement sur le produit, la dilatation du col et l'engagement de la tête se feront plus rapidement.

La nature pourrait encore se suffire dans les cas rares d'inclinaison forcée ; mais ici l'art doit intervenir. De toute nécessité, il faut réduire l'utérus, et le maintenir réduit.

Le décubitus sur le dos dans l'obliquité antérieure, sur le côté opposé à l'obliquité dans les inclinaisons latérales, telle est la situation à donner à la femme. Puis, à l'aide des mains appliquées à l'extérieur, on ramène l'utérus à sa rectitude, en ayant soin de le maintenir réduit, surtout pendant la contraction utérine : un bandage remplira souvent cet effet ; mais il est bon de l'aider du secours des mains, au moment de la contraction. Dans la plupart des cas, ces moyens suffiront ; cependant il est quelquefois nécessaire d'attirer le col utérin en avant, à l'aide des deux doigts d'une main, pendant qu'on soulève l'utérus de l'autre main. Cette réduction du col doit être faite pendant le calme, mais les doigts doivent le maintenir réduit pendant la contraction.

Enfin, pour tout prévoir, si ces moyens étaient insuffisants, ce qui pourrait avoir lieu tout au plus dans les cas d'insertion anormale du col de l'utérus, et si l'accouchement devenait impossible, il faudrait, si la tête était au-dessus du détroit supérieur, introduire la main dans le vagin, chercher l'orifice, et tâcher de pénétrer dans la cavité utérine pour faire la version pelvienne.

Si la tête était dans l'excavation, ce procédé ne serait plus applicable ; il faudrait alors frayer une voie artificielle au produit, en pratiquant une incision sur la paroi antérieure et inférieure de l'utérus par le vagin. On n'aurait encore à sa disposition que cette ressource extrême, si, la tête étant au-dessus du détroit supérieur, la version était impossible, et s'il fallait appliquer le forceps.

ARTICLE VI.

HERNIE DE L'UTÉRUS.

On entend par *hernie de l'utérus*, le passage de l'organe à travers l'écartement de la ligne blanche : cet accident n'est autre chose que l'éventration, avec obliquité antérieure très-prononcée. On ne peut pas cependant révoquer en doute la possibilité d'une véritable hernie utérine qui se serait effectuée par l'anneau, soit inguinal, soit crural, dans les premiers jours de la grossesse, et qui se serait ainsi développée jusqu'à terme, en dehors de l'abdomen. Les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* contiennent plusieurs observations de hernies utérines des plus curieuses, qui, arrivées à terme, nécessitèrent l'ouverture de la tumeur (l'opération césarienne).

Si l'on n'a affaire qu'à une simple éventration, réduire l'utérus est la seule indication à remplir. Si c'est une hernie véritable, l'opération césarienne peut seule délivrer la mère ; mais il ne faudra pas se hâter, et constater, avant d'agir, par une expectation suffisamment prolongée, que c'est bien à une hernie véritable et non à une éventration qu'on a affaire. Cependant il ne faudrait pas non plus attendre assez, pour compromettre la viabilité du produit et sacrifier à la fois la mère par l'opération, et l'enfant par l'expectation.

ARTICLE VII.

PROLAPSUS UTÉRIN.

L'abaissement de l'utérus, au terme de la gestation, est un accident très-fréquent ; mais je ne l'ai jamais vu mettre aucun obstacle à l'expulsion du produit : j'ai toujours constaté, au contraire, que, dans ce cas, l'accouchement était plus facile, plus rapide. En effet, avant tout travail, la tête est déjà engagée ; quelquefois même elle repose sur le plancher du bassin. Pour être expulsée hors de la vulve, elle n'attend plus que la dilatation de l'orifice. La première période du travail a seule sa longueur accoutumée ; mais une fois le col dilaté, au moment où les membranes se déchirent, si le périnée n'est pas trop résistant, et si la femme n'est pas primipare, la dernière période est trop courte, le produit est chassé avec rapidité hors des organes. Le rôle de l'accoucheur se borne donc à soutenir l'orifice, en plaçant le doigt sur la lèvre antérieure, et à tâcher de la ramener en avant, à chaque contraction. Je n'ai jamais vu qu'à moins d'agglutination du col, ou de dégénérescence de son tissu, on fût obligé de recourir à d'autres moyens.

Il est bon, cependant, que les jeunes accoucheurs soient prévenus de la possibilité de cette propulsion de l'utérus par la tête de l'enfant, même jusqu'à la vulve, afin de les prémunir contre une erreur qui, plus d'une fois, a été commise.

Supposons qu'un médecin peu habitué soit appelé auprès d'une femme qui souffre depuis plusieurs jours, mais qui n'a éprouvé jusqu'à présent que des douleurs sourdes appelées *mouches*, et qui précèdent souvent le travail.

Le toucher pratiqué lui fait reconnaître dans l'excavation, à quelques lignes de la vulve, une tumeur solide présentant la résistance de la tête, sur laquelle il sent des sutures et des fontanelles. C'est bien effectivement la tête qu'il sent, ce sont bien les fontanelles et les sutures, mais il les sent à travers le segment antérieur et inférieur de l'utérus aminci qui coiffe la tête du fœtus. La tête n'est pas nue ; elle n'a pas franchi l'orifice. D'après les renseignements qui lui sont fournis, d'après la durée et l'intensité des douleurs qu'on lui exagère, et d'après l'abaissement profond de cette tête, il ne manque pas de croire à un accouchement très-prochain, et se hâte de l'annoncer à l'avance. Il peut croire que la rupture des membranes s'est effectuée et ne pas s'enquérir auprès de la femme si ce phénomène s'est accompli. Quand même il aurait pris cette précaution, il n'en serait pas toujours, dans ce cas, mieux éclairé.

En effet, la rupture des membranes peut s'effectuer sans que la femme en ait la conscience, et si elle se sent mouillée par les urines ou les mucosités vaginales, elle peut croire à l'écoulement du liquide amniotique.

Jugez alors de l'étonnement de l'accoucheur, qui croit à un accouchement prochain, quand quelques heures, quelques jours même ne suffisent pas pour sa terminaison. De plus, il est évident pour la femme et sa famille que l'accoucheur a commis une erreur grossière; mais cette méprise peut avoir des conséquences bien plus graves. Ainsi, je suppose que, croyant à l'expulsion prochaine du produit, l'accoucheur, après quelques heures d'attente, voie que la tête ne fait pas le plus petit progrès, malgré des douleurs assez vives qui ont pu se développer, mais qui ne signalent qu'un commencement de travail, et non sa terminaison (comme je l'ai dit, chaque époque de travail est signalée par le caractère différent de la douleur). Dans la persuasion où il est toujours que la tête a franchi le col utérin, il doute alors de la rupture des membranes et s'explique le retard dans l'expulsion, par la trop grande résistance de la poche amniotique, non rompue, qui coiffe la tête. Il comprend aussi pourquoi les sensations que son doigt percevait étaient confuses ; pour-

quoi il ne sentait pas nettement les fontanelles et les sutures; il prend encore le segment inférieur de l'utérus aminci pour les membranes.

Dans cette persuasion, il s'enquiert de nouveau auprès de la femme si elle a rendu des eaux; il dirige si bien ses interrogations, qu'il obtient d'elle des détails qui l'affermissent dans son erreur, et il se met alors en devoir de gratter ces prétendues membranes avec l'ongle; il cherche à les perforer avec la plume. Bienheureux quand il s'en tient à ces moyens qui, du reste, ne sont pas sans inconvénients.

L'insuccès de ces tentatives et la douleur qu'elles font éprouver à la femme peuvent alors éclairer l'accoucheur sur la nature de l'obstacle, ou lui faire croire que la rupture des membranes avait eu lieu, et que la tête est nue dans l'excavation. Dans cette dernière supposition, bien plus grave encore que la précédente, il attribue la difficulté qu'il éprouve à constater exactement les difficultés de la présentation du sommet, au gonflement du cuir chevelu, qui, par un séjour prolongé au vide du bassin, serait devenu le siége d'une tumeur séro-sanguine. Alors, dans la persuasion où il est toujours que le travail dure depuis longtemps, parce qu'il sent depuis longtemps la tête au détroit inférieur, et dans la crainte que cette prolongation du travail ne puisse nuire à l'enfant, tourmenté d'ailleurs par les assistants, auxquels il promet depuis de longues heures un accouchement prochain, inquiété par les cris de la mère qui est en proie aux douleurs préparantes et non aux douleurs expultrices, mais qui n'en manifeste pas moins de vives souffrances, il se croit dans l'obligation d'extraire le produit par le forceps, attribuant le retard de la tête à la résistance du périnée, ou à un excès de volume de cette tête, ou enfin, à un rétrécissement du détroit inférieur, tandis que la véritable cause qui retient la tête, c'est que l'orifice n'est pas dilaté, et que cette tête est encore comprise dans l'utérus, c'est que le travail commence; ces obstacles sont ceux qui se présentent les derniers à son esprit. Jugez alors des désordres que l'application du forceps pourra produire et a produits trop souvent, en pareil cas, l'utérus se trouvant compris entre les branches de l'instrument et la tête.

Il ne faut pas croire qu'il y ait ici exagération de ma part. Tous les véritables praticiens m'approuveront d'avoir autant insisté sur ces considérations pratiques, et les élèves me sauront gré de les avoir éclairés sur un danger contre lequel aucun auteur ne s'est attaché à les prémunir.

J'ai été quelquefois appelé dans des cas semblables, parce qu'on

croyait à la nécessité de l'application du forceps, tandis qu'il ne fallait que s'armer de patience, soutenir le moral de la femme et celui des assistants[1].

ARTICLE VIII.

SENSIBILITÉ DES ORGANES.

On rencontre quelquefois une sensibilité très-exagérée des organes extérieurs, qui rend le toucher très-douloureux, et oblige à en user avec une très-grande réserve ; je l'ai rencontrée tellement exagérée dans le cas suivant, qu'il était tout à fait impossible de se livrer à aucune exploration.

Le 1er mars 1847, M. le docteur Poupon me fit appeler auprès de madame B..., à onze heures du matin.

Cette dame, âgée de quarante-trois ans, et n'ayant eu qu'un seul enfant dix-sept ans auparavant, à la suite d'un long travail de vingt-six heures, très-pénible, quoique l'enfant fût d'un petit volume, avait conservé de cette première couche une sensibilité et un état de constriction de l'anneau vulvaire et du vagin, tellement pro-

[1] *Précipitation de la matrice ou prolapsus partiel de la matrice hors de la vulve pendant le travail de l'accouchement.*

M. le docteur Naudin fils a rapporté, devant la Société de médecine de Toulouse, deux observations remarquables de précipitation de matrice, dont l'une surtout nous paraît digne d'être reproduite, à cause de la facilité avec laquelle on peut remédier à un accident aussi grave. Une dame était enceinte pour la troisième fois ; le col de l'utérus était extrêmement rigide, et les eaux s'étant écoulées prématurément, le travail n'avançait pas. Tout à coup, au milieu des plus vives douleurs et de très-violents efforts d'expulsion, l'utérus, chargé du produit de la conception, se précipite et sort subitement à travers la vulve. MM. Naudin et Gaussail, appelés sur-le-champ, trouvèrent, entre les cuisses de la malade, une tumeur représentant un ovoïde d'un volume plus considérable que la tête d'un fœtus à terme; en la comprimant dans tous les sens, on percevait la sensation d'un corps dur, arrondi, qui paraissait occuper tout son intérieur. Le museau de tanche était libre et saillant en bas, il était dur et résistant ; en introduisant le doigt dans son orifice, on reconnaissait la fontanelle occipitale de l'enfant. MM. Naudin et Gaussail pensèrent qu'en dilatant artificiellement l'orifice utérin, on terminerait aisément l'accouchement, ils introduisirent les doigts d'abord, puis la main, et, après avoir donné à la tête une bonne direction, ils abandonnèrent l'accouchement à la nature : une seule douleur suffit alors, en effet, pour l'expulsion du fœtus. La délivrance suivit de près, sans hémorrhagie.

L'accouchement terminé, on procéda à la réduction de la matrice, qui s'opéra avec assez de facilité. Dans un effort pour rendre les urines, la matrice sortit de nouveau, mais on la maintint en place par l'application d'un bandage en T. La femme se rétablit rapidement. Le toucher annonça que les organes avaient repris leur position, et la mère put nourrir son enfant comme si l'accouchement avait été naturel. (*Compte rendu de la Société de médecine de Toulouse.*)

noncé, que les approches conjugales étaient devenues impossibles sans douleurs extrêmement vives. Madame B... ayant eu le malheur de perdre cet enfant à l'âge de quinze ans, redevint peu de temps après enceinte. Parvenue au terme de cette deuxième grossesse, après quelques heures de souffrances modérées, elle fit appeler, le samedi matin 27 février, M. Poupon, son médecin. Notre confrère constata l'écoulement de glaires sanguinolentes, et quoique avec une très-grande difficulté et en déterminant des douleurs très-vives, il put aussi s'assurer par le toucher que la dilatation du col était déjà très-avancée et que le sommet se présentait; mais, depuis lors, il fut complétement impossible de se livrer à aucune investigation, tant la sensibilité des organes devint vive.

Les contractions très-énergiques s'exercèrent sans relâche pendant la journée du samedi, la nuit suivante, la journée du dimanche, sans aucun résultat apparent, si ce n'est l'écoulement d'une petite quantité de liquide amniotique; et le rapprochement et l'intensité des douleurs devinrent tels que le médecin, dans la nuit du dimanche au lundi, jugea à propos de les modifier par l'usage du laudanum en lavement.

Les contractions pathologiques cessèrent en effet; mais, malgré un narcotisme assez prononcé, la sensibilité si vive des organes génitaux s'était accrue à tel point, que le plus léger contact faisait pousser à la malade des cris déchirants. L'abdomen était aussi devenu très-sensible, le pouls variait de 120 à 130 pulsations par minute, la langue était sèche, la soif vive, la peau chaude; et la pauvre femme, accablée, ne cessait de pousser de sourds gémissements; l'utérus était tombé dans une inertie presque complète.

Tel était l'état de la malade, quand j'arrivai le lundi 11, cinquante-quatre heures après la seule exploration faite par M. Poupon.

Malgré les indications qui me furent données par notre honorable confrère sur cette sensibilité extrême des parties, ne pouvant pas imaginer qu'elle était aussi exagérée, bien que je l'aie rencontrée quelquefois bien vive, j'insistai sur la nécessité de pratiquer le toucher; mais, malgré l'état de narcotisme presque complet dans lequel la malade était plongée, au plus léger contact elle se redressa sur son lit, fut prise de mouvements nerveux, et poussa des cris si effroyables, que je dus renoncer à toute investigation; le cathétérisme essayé, détermina les mêmes douleurs : nous fûmes aussi forcés d'y renoncer.

Que faire? Attendre? Cela n'était pas possible ; depuis cinquante-quatre heures la malade était en travail bien déclaré, et l'on ignorait complétement ce qui pouvait entraver ce travail que l'on n'avait

pu suivre ; depuis quinze heures les contractions suspendues ne s'étaient pas ranimées, et quand bien même l'expectation eût permis d'espérer de les voir renaître, elles avaient été insuffisantes jusqu'alors, malgré leur énergie, et ne devait-on pas redouter de les voir de nouveau jeter la malade dans l'état vraiment inquiétant d'où l'opium l'avait tirée ? De plus, pour l'enfant, bien qu'il semblât rester une certaine quantité d'eau dans l'utérus, il pouvait souffrir de cette prolongation insolite du travail. Et, quant à la mère, il y avait indispensable nécessité de constater l'état des choses, puis de mettre fin à un travail aussi pénible.

Mais comment agir, quand il est impossible de savoir quelle est la position affectée par la partie fœtale qui se présente; quel est l'obstacle qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement? Et encore, quand on aurait pu s'éclairer sur ces points, comment extraire un enfant à travers des organes affectés d'un état de constriction spasmodique si énergique, doués d'une sensibilité si exagérée, que le doigt ne peut y pénétrer sans crainte de voir se produire les accidents les plus graves? Cette pensée me préoccupait à tel point, que, malgré la résolution prise de recourir aux vapeurs éthérées, qui nous parurent indiquées ou jamais, dans ce cas, je passai des heures bien anxieuses, depuis midi que je quittai la malade jusqu'à quatre heures que je retournai auprès d'elle.

Mes bons amis les docteurs Devilliers fils et Nitard-Ricord voulurent bien venir prendre, avec nous, leur part de responsabilité dans ce cas, dont l'issue ne m'inspirait que des craintes.

Madame B... fut placée en travers de son lit; les inspirations d'éther furent commencées avec l'appareil de M. Charrière ; au bout de deux minutes le narcotisme sembla se dissiper en partie, après cinq minutes l'insensibilité était complète. Immédiatement le toucher fut pratiqué avec facilité et sans douleur ; la tête était déjà assez engagée dans l'excavation, et cependant elle était encore recouverte par une partie des membranes ; je les déchirai, et un peu de liquide s'écoula. M. Devilliers toucha aussi et reconnut, en outre, un abaissement et une légère dépression d'avant en arrière de la symphyse des pubis, que je constatai aussi à la hâte, et qui nous expliqua toutes les lenteurs du travail, malgré l'énergie des contractions. Pendant les investigations, la malade n'avait manifesté aucune douleur ; cette sensibilité si exaltée avait disparu comme par enchantement.

Que faire? Fallait-il abandonner le travail à lui-même? Il n'y avait plus de contractions depuis quinze heures, et, je le répète, on ne pouvait espérer, quand bien même elles se fussent ranimées,

qu'elles auraient surmonté un obstacle que jusqu'alors elles n'avaient pu vaincre. Il fallait se hâter, car chaque seconde qui s'écoulait allait nous replonger bientôt dans la triste position d'où l'éther nous avait tirés : on fit faire encore quelques inspirations à la malade, j'appliquai le forceps avec la plus grande facilité, quelques contractions se réveillèrent alors ; je fis franchir à la tête l'obstacle qui l'avait empêchée de s'engager ; je lui fis exécuter son mouvement de rotation ; mais bien que le périnée fût fort assoupli, comme sa rigidité antérieure me donnait la crainte de le voir se déchirer, malgré toutes les précautions possibles, je retirai l'instrument, et je confiai la dernière expulsion aux contractions qui s'étaient suffisamment ranimées. Trois contractions suffirent pour expulser la tête. Les épaules présentèrent quelques difficultés dans leur dégagement ; enfin l'enfant fut expulsé et bientôt ranimé.

Pendant l'expulsion de la tête, la femme se livra à des efforts propres à seconder l'utérus, et madame B... poussa quelques cris. Nous pensâmes tous qu'elle n'était plus alors exactement soumise à l'influence de l'éther, et cependant elle nous affirma plus tard, quand les cris de son enfant l'eurent complétement réveillée, qu'elle n'avait rien senti, qu'elle ne se souvenait de rien.

ARTICLE IX.

VOMISSEMENTS.

Il n'est pas rare, pendant le travail, de voir des femmes prises de vomissements, soit qu'elles rejettent les aliments ou les boissons qu'elles ont pris, soit qu'elles se trouvent tourmentées par des efforts violents de l'estomac et ne rendent que quelques mucosités. Dans le premier cas, une fois que l'estomac s'est débarrassé, l'accident cesse ; dans le second, ces efforts de vomissements, dépendant de la gêne de l'estomac ou de la réaction sympathique de l'utérus, se reproduisent plus ou moins souvent. C'est un accident qui n'a pas la moindre gravité ; il est facile de le modérer : il suffit d'un peu d'eau fraîche sucrée, aromatisée avec quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger, mais prise par cuillerées. Seulement, il faut avoir soin de ne permettre à la femme aucun aliment, car la digestion ne peut se faire pendant le travail, parce que toutes les forces de l'organisme se concentrent sur l'utérus. Cependant quelques bouillons légers et froids pourront lui être donnés, s'il était nécessaire de soutenir ses forces.

ARTICLE X.

SYNCOPE.

Les femmes faibles, nerveuses, qui, en état de santé, tombent en syncope facilement, y sont très-exposées pendant le travail. Si ces accidents dépendent de la faiblesse de la malade, il faut soutenir les forces par des toniques ; mais s'ils se renouvellent souvent et se prolongent assez pour menacer les jours de la mère, il faudrait terminer l'accouchement.

Quoique Désormeaux ait vu l'accouchement se terminer seul chez une femme qui tombait en syncope à chaque douleur, pendant toute la durée du travail, je crois qu'il ne serait pas prudent d'abandonner la patiente aux conséquences de ces syncopes répétées ; dans ce cas il faudrait terminer l'accouchement.

ARTICLE XI.

CRAMPES.

J'ai parlé, en décrivant les phénomènes du travail, des crampes qui se manifestent dans les cuisses, les jambes ou certaines parties de l'abdomen ; les frictions, le massage, l'application d'un plan froid sous la plante des pieds, sont le seul remède qu'on ait à leur opposer.

CHAPITRE II.

DES MALADIES ÉTRANGÈRES AU TRAVAIL, QUI NÉCESSITENT LES SOINS PARTICULIERS DE L'ACCOUCHEUR, ET QUELQUEFOIS SON INTERVENTION.

Quelques affections étrangères à la grossesse et à l'accouchement, mais qui existent au moment du travail, obligent aussi l'accoucheur à intervenir dans l'intérêt de la mère : telles sont la phthisie pulmonaire, les affections du cœur, l'asthme, l'hémoptysie, l'hématémèse, les hernies non réduites, l'hydrothorax, la paraplégie.

Dans la phthisie pulmonaire, il est rare que les ressources de l'organisme ne suffisent pas à déterminer l'expulsion ; cependant, quand la maladie est avancée, la femme est souvent dans l'impos-

sibilité de faire des efforts pour seconder l'action de l'utérus; ces efforts peuvent aussi lui être nuisibles et précipiter sa mort, et surtout la rendre plus pénible. Aussi est-il du devoir de l'accoucheur d'intervenir dans cette circonstance; mais comme les premières douleurs qui déterminent l'engagement de la tête ne sont pas en général de nature à compromettre ses jours, que, du reste, on ne peut pas intervenir, à moins d'un danger imminent, avant que ces douleurs aient dilaté le col utérin, ce ne sera presque jamais la version que l'on se trouvera dans l'obligation de pratiquer, mais bien l'application du forceps. Cependant si la femme était extrêmement affaiblie et que les premières douleurs n'aient pas suffi à engager la tête, on comprend que la version doit être préférée. En effet, c'est seulement lorsque la tête sera arrivée dans l'excavation que se déclareront ces douleurs expultrices si fatigantes, qui nécessitent tant d'efforts de la femme, et qu'il est si important de lui épargner dans l'état de maladie où elle se trouve.

La conduite à tenir serait exactement la même pour un cas d'affection du cœur avancée, ou de tumeur anévrismale qui menacerait de se rompre; on devrait, de même, confier l'engagement de la tête aux premières douleurs, si elles ne sont pas de nature à compromettre la vie de la mère, mais agir quand la tête est dans l'excavation.

L'asthme, et toutes les affections de nature à gêner la respiration, présentent les mêmes indications.

Dans les cas d'hémoptysie ou d'hématémèse peu abondante, on se contentera d'employer les moyens propres à arrêter l'hémorrhagie, tels qu'une petite saignée, les révulsifs sur les extrémités inférieures, les boissons fraîches, les maniluves sinapisés; mais si l'hémorrhagie est abondante et accrue par les contractions, il faut extraire le produit, soit par la version, soit par le forceps, suivant le degré d'élévation de la tête. Il est rare que l'accident ne cesse pas immédiatement après l'extraction de l'enfant; en effet, l'écoulement de sang abondant qui s'opère par la vulve produit une dérivation des plus utiles.

Si la femme à laquelle on donne des soins porte une hernie non réduite, il faut immédiatement en tenter ou en opérer la réduction, pendant l'intervalle du calme, en ayant bien soin de la maintenir fortement réduite pendant la douleur. Si la réduction est impossible, l'accoucheur doit encore s'opposer pendant la douleur, à l'aide des doigts, à l'issue de nouvelles parties; si, enfin, il y a imminence d'étranglement, il devra immédiatement terminer l'accouchement.

J'ai assisté, à la Clinique, à l'accouchement de deux femmes

paraplégiques, et qui n'ont réclamé aucun soin particulier. Cependant, cette affection peut mettre obstacle aux contractions régulières de l'organe et nécessiter l'intervention. Il en serait de même de l'hémiplégie.

CHAPITRE III.

DES ACCIDENTS QUI SONT DE NATURE A COMPROMETTRE LA VIE DE LA MÈRE OU DE L'ENFANT.

Quelques accidents, tels que la procidence du cordon ombilical, l'issue du méconium déterminée par une compression du cordon, que cette compression soit déterminée par une procidence de cet organe, par un nœud ou par des circulaires, etc., la brièveté du cordon, l'hémorrhagie, l'éclampsie, quoique permettant l'expulsion spontanée, n'en requièrent pas moins l'intervention de l'art, parce qu'elles sont de nature à compromettre, plus ou moins rapidement, la vie de la mère ou celle de l'enfant. La rupture de l'utérus, celle du vagin obligent à intervenir dans tous les cas.

ARTICLE Ier.

DE LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL.

On donne le nom de procidence du cordon ombilical à la chute de cette partie des dépendances fœtales, au-dessous de la partie de l'enfant qui se présente. Cet accident se manifeste, le plus ordinairement, dans les présentations qui ne bouchent pas hermétiquement le détroit supérieur, telles que la présentation de la face, celle de l'épaule surtout, enfin dans les cas où le bassin, irrégulier dans sa forme, laisse des vides entre les parties fœtales et lui-même. Cet accident peut se manifester à toutes les époques du travail, mais il est bien plus fréquent à son début, et au moment où la rupture des membranes s'opère. Cependant il peut se déclarer quand la partie fœtale qui se présente occupe déjà l'excavation, ou lorsqu'elle a franchi le détroit inférieur (rare). M. Nægelé observa une fois la descente du cordon à côté de l'épaule, la tête étant déjà sortie de la vulve : l'enfant put être ranimé.

Enfin, cette procidence peut précéder la rupture des membranes; le cordon, en un mot, peut s'engager dans la poche amniotique

en glissant entre la partie qui se présente et le détroit supérieur.

Cette variété, que quelques auteurs ont cru devoir désigner par un nom particulier, n'étant pour moi qu'un premier degré du même accident, je lui conserverai le nom de procidence ; seulement, dans le diagnostic et le traitement, j'établirai une distinction importante entre ces deux variétés.

La chute, le prolapsus, la procidence du cordon, comme on voudra l'appeler, n'est pas rare. D'après le relevé de toutes les statistiques, M. Schuré, de Strasbourg, a établi qu'un cas de procidence se présentait sur deux cent soixante-cinq accouchements. Les relevés de la Clinique m'ont donné un résultat à peu près semblable ; et, d'après cela, je suis conduit à penser qu'il y a inexactitude dans les relevés de madame Lachapelle, comme elle le croit elle-même, puisqu'elle n'a rencontré cet accident que quarante et une fois sur quinze mille six cent cinquante-deux accouchements.

§ 1. — Causes.

Causes prédisposantes. — Les causes prédisposantes sont : l'abondance du liquide amniotique, la longueur du cordon ombilical, le petit volume du produit, l'absence de contraction du segment inférieur de l'utérus, ou le défaut d'application exacte de ce dernier sur la partie fœtale qui s'engage, les présentations vicieuses du produit, celle du tronc principalement, parce qu'elles laissent des espaces vides entre elles et les parois du canal pelvien, les difformités du détroit supérieur, quand elles ne permettent pas que la partie qui se présente puisse boucher exactement le détroit supérieur, l'implantation du placenta sur l'orifice ou dans son voisinage, l'insertion du cordon sur les membranes, prédisposent aussi à la procidence du cordon, en maintenant cet organe au voisinage de l'orifice utérin. Enfin, il en est de même de la procidence d'un pied ou d'une main qui, maintenant la partie qui se présente éloignée du cercle pelvien, laisse un espace libre par lequel le cordon peut s'échapper.

Causes déterminantes. — Cet accident reconnaît pour causes déterminantes la rupture subite ou prématurée des membranes, et la sortie brusque d'une grande quantité de liquide amniotique ; il est bien souvent, aussi, le résultat de manœuvres, soit nécessaires, soit intempestives.

§ 2. — Diagnostic.

Le diagnostic de cet accident varie, selon que les membranes sont encore intactes ou qu'elles sont rompues. Dans le premier cas, la procidence est le plus souvent facile à reconnaître : le doigt sent à travers

les membranes, un corps mou, peu volumineux, facile à déplacer, et doué de pulsations vives et fréquentes, que l'accoucheur ne peut confondre à cause de leur rhythme, avec les battements d'une de ses propres artères, ou d'une de celles de la mère. Il faut bien dire, toutefois, que, même avant la rupture des membranes, le cordon pourrait être assez comprimé, entre les parties fœtales et le détroit supérieur, pour que ses battements se ralentissent au point d'induire en erreur; l'insertion anormale du cordon sur les membranes pourrait aussi en imposer pour une procidence du cordon. En effet, dans ce cas, le doigt sentirait immédiatement les pulsations d'une des ramifications du cordon, lesquelles rampent sur les membranes avant de se rendre au placenta (*fig.* 126).

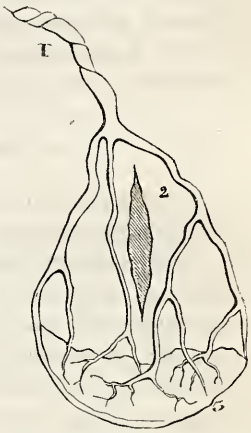


Fig. 126.

Les inégalités fongueuses que présentent quelquefois les membranes et les plis du cuir chevelu ne pourraient faire croire à la procidence du cordon que dans le cas de mort de l'enfant, et alors il est tout à fait superflu d'établir le diagnostic.

Après la rupture des membranes, il devient très-facile de constater cet accident. On peut sentir et saisir le cordon descendu dans le vagin, quelquefois même il apparaît à la vulve.

§ 3. — **Pronostic.**

La procidence du cordon est un accident des plus graves pour le produit. En effet, si l'on ne peut intervenir en temps utile, la mort en est le plus souvent la suite, et, si l'on intervient, les secours les mieux dirigés n'arrachent pas toujours l'enfant aux dangers qui le menacent. Certaines circonstances que j'ai relatées en parlant des causes, et sur lesquelles je m'appuierai pour établir le traitement, font aussi varier le pronostic; tels sont l'intégrité ou la rupture des membranes, l'état du cordon prolabé, le temps qui s'est écoulé depuis le premier moment où l'accident s'est manifesté, le degré de constriction que cet organe éprouve, l'époque du travail, les conditions de l'utérus, celles des parties génitales externes, etc., etc.

Quant à la mère, cet accident ne peut exercer aucune influence sur elle, car le travail n'en éprouve aucun retard; un seul cas cependant pourrait retarder l'accouchement, et présenter quelques inconvénients pour la mère, l'arrachement prématuré du pla-

centa et l'hémorrhagie; c'est lorsque le cordon a peu de longueur, et que son anse prolabée se trouve tendue sur la tête du fœtus. Enfin, dans les cas ordinaires, ce n'est qu'indirectement que la procidence du cordon peut devenir funeste à la mère, soit par suite des opérations qu'on est obligé de tenter pour sauver l'enfant, soit à cause des efforts que la femme est invitée à faire, pour accélérer le travail, soit enfin par suite de l'impression morale que cause à la mère le danger qui menace l'enfant, danger qu'on aurait eu l'imprudence de lui laisser soupçonner.

§ 4. — Effets de la procidence du cordon.

La compression du cordon, et, par suite, l'interruption de la circulation dans cet organe, est la cause unique de la mort du produit; le refroidissement du cordon, quand il pend à l'extérieur, refroidissement que Guillemot et M. Velpeau regardent aussi comme pouvant causer souvent la mort de l'enfant, sans compression de l'organe, ne me paraît agir tout au plus, dans ce cas, que comme une circonstance aggravante. Madame Lachapelle, qui n'admet pas l'influence du froid sur la circulation ombilicale, a vu le cordon pendre à la vulve pendant plusieurs heures, sans que les battements aient cessé de se faire sentir. De Lamotte et Baudelocque rapportent des faits semblables. J'ai été témoin, à la Clinique, d'un cas de cette nature : le 19 août 1835, la femme Delsone chez laquelle la procidence s'était manifestée en même temps que la rupture des membranes, à huit heures du matin, n'arriva qu'à dix heures à la Clinique : le cordon refroidi faisait saillie de 19 à 20 centimètres hors de la vulve, et cependant les battements avaient conservé toute leur intégrité; la réduction put être faite par la sage-femme en chef, madame Callé, et l'enfant naquit spontanément et très-bien portant; le cordon avait 64 centimètres de long.

Mais les auteurs qui regardent la compression du cordon comme la cause principale, si ce n'est unique, de la mort du produit, expliquent diversement l'influence de cette compression; les uns pensent que l'interruption dans la circulation, privant le produit des aliments nécessaires à sa nutrition, il périt d'inanition; cette opinion ne serait fondée qu'autant qu'on admettrait qu'un jeûne de dix à quinze minutes peut tuer le produit. Suivant les autres, le fœtus succomberait à l'apoplexie, parce que le sang, continuant d'arriver avec abondance, par la veine ombilicale, ne pourrait plus retourner au placenta par les artères ombilicales; cette opinion ne mérite pas de commentaires, car si les artères sont comprimées, la veine

le sera aussi ; et le sang ne pourra pas plus arriver au fœtus qu'il ne pourra retourner au placenta. C'est pour la même raison que le fœtus ne peut périr d'anémie, de syncope : en effet, pour que le sang pût retourner librement au placenta, et ne pût revenir au produit, il faudrait aussi admettre que la veine peut seule être comprimée.

Enfin, presque tous les accoucheurs s'accordent aujourd'hui à regarder l'asphyxie comme la cause principale de la mort du produit, admettant toutefois que cet état se complique souvent d'une espèce de pléthore du cerveau, du cœur, des poumons et du foie, circonstances qui ne prouvent que la stase du sang dans les organes, et qui ne constituent cependant pas un véritable état apoplectique.

Suivant l'opinion la plus généralement admise, le placenta est, comme je l'ai dit, pendant la vie intra-utérine, le seul organe d'hématose du produit. Si donc la circulation fœto-placentaire vient à être interrompue par la compression du cordon, le sang du fœtus ne peut plus aller au placenta se révivifier par le contact médiat du sang maternel, et le produit se trouve dans les conditions de l'adulte privé d'air, il meurt asphyxié.

Le corps d'un enfant, mort par l'effet de la compression du cordon, est livide, rarement pâle et décoloré ; la face et surtout les lèvres portent principalement les traces de la stase veineuse dans les capillaires.

A l'autopsie, j'ai trouvé quelquefois les vaisseaux du cerveau et les méninges injectés, mais il s'en faut que ce soit un phénomène constant. Quant à l'accumulation du sang dans les poumons, elle se rencontre si régulièrement, qu'on pourrait dire qu'elle est le résultat nécessaire de l'asphyxie ; tout le système veineux de ces organes est gorgé de sang, tandis que les artères en sont presque dépourvues. Enfin, le foie se rencontre bien plus souvent congestionné que le cerveau, ce qui s'explique très-bien par le rôle que joue le foie dans l'hématose.

§ 5. — Traitement.

La procidence du cordon abandonnée à elle-même est presque toujours mortelle pour l'enfant ; aussi doit-on toujours s'efforcer d'intervenir. L'expectation n'est permise que dans de très-rares exceptions, que je préciserai aussi exactement que possible.

a. Avant la rupture des membranes.

Si la présence du cordon au-dessous de la tête était constatée avant la rupture des membranes, l'accoucheur devrait attendre la dilatation complète de l'orifice avant de rien entreprendre, non pas qu'il doive compter sur la réduction spontanée, elle est extrêmement rare, mais parce que des tentatives pourraient avoir pour résultat de rompre les membranes prématurément, circonstance très-fâcheuse dans ce cas pour le produit, qui resterait exposé aux dangers de la compression, jusqu'à ce que la dilatation de l'orifice permette à l'accoucheur d'intervenir utilement ; mais lorsque l'orifice sera complétement dilaté, quand les contractions se seront exercées longtemps, qu'elles auront acquis un certain degré d'intensité, l'accoucheur devra introduire quelques doigts, toute la main, si l'état des parties externes le permet, pour maintenir le cordon à travers les membranes ; puis, profitant d'une contraction énergique, il rompra la poche amniotique, soit à l'aide de la main introduite, soit au moyen d'une plume à écrire taillée, conduite sur la main qui soutient le cordon, et poussée par l'autre main : au moment où le liquide s'échappe, la tête vient s'appliquer exactement sur l'orifice utérin, pendant que le cordon, soutenu par l'extrémité des doigts, se trouve remonté au-dessus du détroit supérieur et soustrait à la compression [1].

Si le bassin était très-large, la tête petite, et que la poche très-extensible permît facilement, sans se rompre, l'engagement de la tête jusque dans l'excavation, il faudrait bien se garder de rompre les membranes ; mais il faudrait attendre, pour pratiquer cette opération, que les parties externes se soient suffisamment assouplies, pour permettre l'application du forceps sans inconvénient pour la mère, dans le cas où cette application deviendrait nécessaire ; alors les parties convenablement préparées, on opère la rupture de la poche ; souvent alors, la tête, voisine de l'orifice vulvaire, le franchit spontanément, et la compression du cordon n'ayant pas lieu, surtout si cet organe a fait procidence à la partie postérieure du bassin, l'intervention est inutile, ou bien si l'enfant

[1] Le 7 juillet 1835, à trois heures après midi, la femme Delaporte entra à la salle d'accouchements de la Clinique. La présence du cordon fut constatée à travers les membranes. Aussitôt la dilatation complète, M. P. Dubois opéra la réduction du cordon, en rompant les membranes et avec un plein succès ; l'enfant naquit vivant : une circonstance étrangère à la compression du cordon, et sur laquelle je reviendrai plus tard, la rotation incomplète de la tête, par suite de l'engagement du bras, nécessita l'application du forceps dans l'excavation.

court quelques dangers, il sera facile de l'extraire à l'aide du forceps.

On voit par là que les circonstances où l'expectation est permise avant la rupture des membranes sont extrêmement bornées, et qu'elles se réduisent aux suivantes : *intégrité des membranes, quand l'auscultation ne signale aucune souffrance du produit, bassin large, tête petite, contractions énergiques, procidence du cordon postérieur*, en ayant toujours soin d'exercer une surveillance active et de se tenir tout prêt à agir, dans les cas où le toucher médiat sur le cordon, ou à son défaut l'auscultation, annoncerait un état de gêne dans la circulation fœtale.

b. Après la rupture des membranes.

On ne doit jamais rester inactif après que les membranes sont rompues, à moins cependant que la tête ne soit profondément engagée, et que toutes les conditions qui font espérer un accouchement rapide ne se réunissent, telles que : bassin large, fœtus petit, parties externes extensibles, contractions énergiques ; encore faudra-t-il surveiller attentivement l'état du cordon et se disposer à appliquer immédiatement le forceps, dans le cas où la vie de l'enfant courrait le moindre danger. Si, par suite de l'engagement profond de la tête, le cordon ne pouvait plus être senti immédiatement, l'accoucheur devrait apprécier avec soin, par l'auscultation, l'état sanitaire du produit ; si, enfin, l'agitation de la maladie rendait cette exploration impossible, si surtout les eaux amniotiques s'écoulaient teintes de méconium, il faudrait opérer immédiatement l'extraction de l'enfant ; mais quand aucune des circonstances qui permettent l'expectation ne se présente, l'accoucheur doit tout tenter pour opérer la réduction du cordon, et dans le cas d'insuccès, il doit terminer l'accouchement par la version ou le forceps, suivant l'époque du travail.

La réduction du cordon n'est pas une opération très-difficile, mais elle n'est pas toujours couronnée de succès, et, de plus, elle n'est soumise à aucune règle bien fixe ; on a conseillé, pour l'opérer, une foule d'instruments, dont l'usage est plus ou moins incommode, plus ou moins inefficace. La main devra toujours leur être préférée ; elle agit avec bien plus de sûreté et d'intelligence, et présente, pendant qu'elle opère, le grand avantage de faire apprécier par le toucher l'état sanitaire du produit.

Quoiqu'on ne puisse pas tracer une règle de conduite bien certaine, on peut dire cependant que cette réduction devra être tentée de la main gauche si le cordon est à droite, et *vice versâ*,

et autant que possible, vers l'une des deux symphyses sacro-iliaques où l'on trouve en général plus de place pour agir ; mais il est important d'insister, pour produire une réduction complète. En effet, il ne suffit pas de repousser le cordon dans l'utérus, il faut encore s'assurer qu'il est remonté assez haut pour être soustrait à toute compression, et de plus, il faut le maintenir réduit à l'aide de la main, jusqu'à ce que la tête, poussée par les contractions utérines, vienne boucher le détroit supérieur. On a conseillé à ce sujet, pour remplacer la main, de pousser une éponge fine par-dessus le cordon réduit, afin de combler le vide par lequel la procidence s'est effectuée : c'est un moyen qui a été souvent mis en pratique ; j'avoue que, pour moi, je lui préférerais la main, toujours à cause de l'intelligence et du tact dont elle est douée.

Quelques auteurs, dans la vue d'éviter la récidive de la procidence du cordon, ont aussi recommandé d'aller l'accrocher à l'un des membres du fœtus, à l'aide de la main qui aurait été introduite en entier dans l'utérus ; mais cette manœuvre ne serait excusable que dans le cas où il existerait un vice de conformation du bassin qui rendrait la version pelvienne impossible et qui obligerait à appliquer le forceps, encore sera-t-elle d'une exécution difficile et douloureuse. Je n'ai jamais mis ce conseil à exécution.

Si l'état de l'orifice utérin et l'étroitesse des parties externes rendaient impossible l'introduction de la main entière, et par suite la réduction, on pourrait se servir avec avantage d'une sonde de

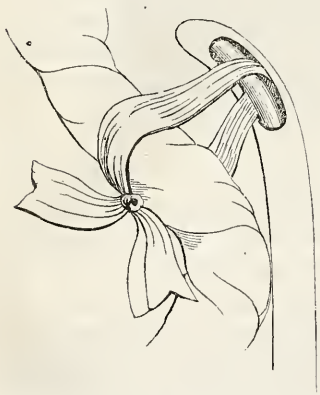


Fig. 127.

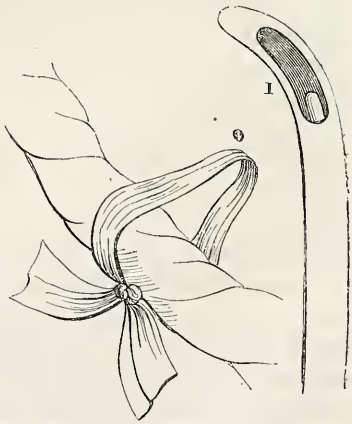


Fig. 128.

gomme élastique armée de son mandrin et d'un ruban de fil étroit.

Ce procédé a souvent été mis en pratique avec succès par Champion (de Bar-le-Duc).

Voici la manière dont il faut procéder. On forme d'abord autour du cordon une ligature très-lâche avec un petit ruban, puis on engage la partie (I) du ruban dans l'œil (O) de la sonde, où l'on aperçoit l'extrémité du mandrin, et l'on pousse ensuite jusqu'au bout de la sonde le mandrin qui s'engage alors dans la partie (O) du ruban et maintient ainsi le cordon ombilical à l'extrémité de la sonde.

Cette sonde, guidée par deux doigts, est introduite jusque dans le col de l'utérus, et poussée aussi haut que possible dans l'organe même. Une fois que la réduction est bien complète, que la tête s'est engagée dans le détroit supérieur, on retire d'abord le mandrin, de cette manière le cordon et l'anse du ruban se trouvent abandonnés dans l'utérus, puis on retire la sonde.

Cette réduction, comme je l'ai déjà dit, est souvent infructueuse, soit qu'on ne puisse rentrer aucune partie du cordon (rare), soit qu'on ait opéré cette réduction incomplétement, soit enfin que le cordon ne puisse être maintenu réduit. La conduite de l'accoucheur varie dans chacune de ces circonstances.

1° *La réduction n'a pu être opérée, ou le cordon n'a pu être maintenu réduit.* — Cette circonstance ne pouvant guère se présenter que lorsque la dilatation est complète, il sera possible alors d'intervenir utilement. Si la tête est au-dessus du détroit supérieur et si la vie de l'enfant court quelques dangers, l'accoucheur devra l'extraire par la version pelvienne, et dans ce cas il aurait soin de remonter le cordon jusque dans l'utérus, pour qu'il ne soit pas comprimé par les parties fœtales, à mesure qu'elles seront engagées dans le bassin. Si la vie de l'enfant ne paraît pas menacée, si les pulsations du cordon conservent leur intégrité, si toutes les circonstances qui peuvent faire espérer un engagement rapide se trouvent réunies, on pourra attendre que l'engagement se soit effectué pour agir, en se tenant tout prêt à appliquer le forceps en cas de besoin. Enfin, si la tête était arrivée dans l'excavation, il ne serait pas sage de confier la dernière expulsion aux efforts spontanés, surtout chez une primipare : le forceps devrait toujours être appliqué. En effet, à cette époque du travail, il n'est plus possible d'apprécier directement sur le cordon, l'état sanitaire de l'enfant, par suite de l'impossibilité où l'on est d'atteindre l'anse ombilicale, et de plus, l'auscultation ne pourra être d'aucun secours, à cause des cris et de l'agitation de la femme.

2° *La réduction a été opérée, le cordon est hors de la portée du doigt.*

— L'auscultation et l'issue des eaux teintes de méconium peuvent seules faire reconnaître, dans ce cas, si la réduction est complète ou incomplète, s'il y a ou non compression du cordon ; s'il faut par conséquent rester inactif ou agir.

Telles sont les seules règles générales qu'il soit permis de tracer dans une circonstance aussi grave, aussi difficile. Il n'est pas possible de préciser davantage les indications : leur appréciation doit être laissée à la sagacité de l'accoucheur.

Aussi l'auscultation est-elle dans ce cas une ressource précieuse. Si les pulsations du cœur sont faibles, ralenties, après être devenues excessivement fréquentes; si surtout leur rhythme est irrégulier, intermittent, nul doute que l'existence du produit ne soit en danger, et que l'accoucheur ne doive intervenir. Mais cette intervention s'effectuera-t-elle toujours à temps? et l'expérience n'oblige-t-elle pas à admettre qu'un fœtus, dont les battements ont conservé quelque force et quelque régularité, qui vit de la vie intra-utérine, peut très-bien, par suite des lésions inappréciables, n'être pas apte à vivre de la vie extérieure, et expirer en venant au monde? Comment préciser alors le moment où l'on devra intervenir? C'est ce que personne ne peut décider par avance. Je le répète, c'est dans l'auscultation et dans toutes les circonstances réunies de l'accouchement, que l'auteur doit puiser ses inspirations. Dieu fera le reste.

Une dame de Châteaudun avait perdu successivement deux enfants à terme. Par suite de cet accident, la procidence était déterminée chez cette dame par l'obliquité du bassin ; parfaitement renseigné par M. le docteur Rembert, je pus, au début du travail, m'opposer à la chute du cordon, en soutenant incessamment, au moyen de deux doigts, cet organe au-dessus de la tête et jusqu'à ce que cette dernière, s'étant montrée et fortement appuyée sur le détroit supérieur, ait rendu le passage du cordon difficile.

En effet, cet accident n'arriva pas, mais par une bien regrettable fatalité, le fœtus était d'un volume si considérable, sa tête était si fortement ossifiée, que les contractions énergiques et longtemps continuées, que le forceps appliqué au détroit supérieur furent inutiles, et qu'il fallut en venir à la perforation du crâne et à la céphalotripsie que je fis avec l'aide de mes deux confrères et amis, MM. Belin et Carpentier.

Les suites de couches furent parfaitement normales, et la patiente retourna à Châteaudun parfaitement rétablie.

Dans la crainte de voir se reproduire une semblable complication, il sera indispensable, s'il survenait une nouvelle grossesse, de pratiquer l'accouchement prématuré à huit mois, car bien que les

deux premiers enfants fussent venus à terme, ils étaient petits et réductibles.

ARTICLE II.

DE L'ÉCOULEMENT DES EAUX TEINTES DE MÉCONIUM.

L'écoulement des eaux teintes de méconium dans les présentations de la tête est un signe certain que le produit souffre ou a souffert; il doit donc éveiller la sollicitude de l'accoucheur. En effet, toutes les fois que, par la compression du cordon, les rapports circulatoires qui unissent le fœtus sont interrompus, le produit tend à accomplir les actes de la vie extra-utérine. Ainsi, il expulse son urine, et ce fait passe inaperçu, par suite de l'impossibilité où l'on est de distinguer au moment du travail l'urine de l'eau de l'amnios; il rend son méconium, qui vient donner à l'eau cette teinte verdâtre caractéristique. Il ne faut pas confondre ce fait avec l'issue du méconium dans la présentation pelvienne : ici c'est en vertu de la compression mécanique des parties que cette matière excrémentielle est expulsée ; cette circonstance ne prouve pas que la vie du produit soit en danger, c'est un signe caractéristique de la présentation. Quelle sera donc la conduite de l'accoucheur, quand dans une présentation de la tête les eaux s'écouleront teintes de méconium ? D'abord, il devra rechercher si une anse du cordon ne se serait pas échappée en dessous de la tête ; si cet accident ne s'est pas manifesté, il devra constater, par l'auscultation, si la compression du cordon, qu'elle dépendît d'un engagement du cordon entre les parties fœtales et les parties maternelles, de circulaires autour des parties fœtales, de nœuds de cordon, du caillot formé dans la gaîne de cet organe et comprimant ses vaisseaux, toutes circonstances qu'on ne peut différencier, et dont on ne constate l'existence que par leurs effets, ne serait pas la cause de ce phénomène. Si les battements ont conservé leur intégrité, il n'y a rien à faire ; car si l'issue du méconium a été déterminée par la gêne de la circulation, cette compression n'a été que momentanée et n'existe plus. Il faut s'en tenir à surveiller le travail.

Si le rhythme des pulsations est altéré, si elles s'affaiblissent après un temps d'accélération bien marqué, c'est qu'une compression s'exerce sur le cordon, dans un point qu'il est impossible d'atteindre, ou par le fait d'une cause à laquelle on ne peut remédier, alors il faut intervenir, soit à l'aide du forceps, soit à l'aide de la version.

J'ai cité à cette occasion, à la page 321, un fait extrêmement remarquable, où j'avais pu constater pendant la grossesse la né-

cessité d'agir par l'accouchement prématuré artificiel, pour sauver l'enfant; l'opération me fut refusée, l'enfant succomba, et fut expulsé huit jours après sa mort; il portait un nœud du cordon.

ARTICLE III.

BRIÈVETÉ DU CORDON.

La brièveté du cordon est une circonstance qui exerce à la fois des influences fâcheuses sur la marche de l'accouchement, sur la vie du produit et quelquefois sur celle de la mère. Cette brièveté peut être naturelle, c'est-à-dire que la tige ombilicale peut être très-courte; elle peut être accidentelle, et dépendre alors de ce que le cordon, bien qu'il puisse être long, se raccourcit, parce qu'il forme des circulaires plus ou moins nombreux autour des membres, du cou ou du tronc de l'enfant, et des nœuds dans sa longueur. Au reste, quelle qu'en soit la cause, cette brièveté peut déterminer une foule d'accidents, qui sont: le ralentissement dans la marche du travail, la mort du produit, l'arrachement prématuré du placenta, le renversement de l'utérus, etc.

§ 1. — Influence de la brièveté du cordon sur la marche du travail.

Quelques auteurs admettent que la brièveté du cordon, en retenant le produit fixé à la paroi utérine, peut retarder l'engagement de la tête au détroit supérieur et dans l'excavation; enfin, que cette brièveté peut empêcher son dégagement au détroit inférieur.

Il est facile de s'expliquer les accidents déterminés par ce phénomène, une fois que les membranes sont rompues; mais comment admettre que cette brièveté puisse produire le moindre accident, manifeste à l'extérieur, quand la poche amniotique est intacte? J'avoue que je ne puis comprendre les effets de cette brièveté avant la rupture des membranes. Car il n'est pas possible que le cordon soit assez court pour que la tête ne puisse s'engager de quelques lignes; bien plus, n'y eût-il pas de cordon, le fœtus à terme fût-il fixé au placenta par l'ombilic, qu'il entraînerait encore la paroi de l'utérus avec lui et viendrait reposer sur le détroit supérieur. Mais, au surplus, quelle influence pourrait avoir sur le travail le défaut d'engagement de la partie fœtale, quand les membranes sont intactes? Pourrait-on admettre aussi que ce défaut d'engagement puisse retarder le travail en empêchant la poche de se rompre, quand chacun sait d'ailleurs que c'est justement dans les cas où la partie fœtale ne peut s'engager, que la poche se rompt prématuré-

ment? Ne doit-on pas, dans ce cas, quand il y a des contractions, attribuer la lenteur bien plutôt à la résistance des membranes qu'à une autre cause, d'ailleurs fort rare? Les effets de cette brièveté peuvent être si facilement attribués à tant d'autres causes, qu'il est extrêmement difficile de préciser le diagnostic de cet accident. Les auteurs ont cependant cherché à établir des signes à l'aide desquels on peut constater cette circonstance à toutes les époques de l'accouchement; mais quel praticien ne verra pas, dans la plupart de ces caractères, le résultat de l'étude théorique des effets que peut produire cet accident, bien plutôt que l'observation faite au lit de travail?

Ainsi ils disent : Avant la rupture des membranes, il sera facile de reconnaître, dans le cas de brièveté, que l'élévation de la tête, après la contraction, ne ressemble pas à son élévation habituelle pendant la douleur, quand le cordon n'est pas tiraillé, etc., etc. Puis, après cette rupture, l'abaissement du fond de l'utérus pendant la contraction, son élévation après la douleur, qui peuvent être constatés par l'application de la main sur l'abdomen, peuvent servir à caractériser cet accident, etc., etc.

Certes, dans quelques cas, très-rares cependant, il sera possible, à l'aide d'une grande habitude, de reconnaître que le retard dans l'accouchement dépend de la brièveté du cordon; mais, il faut bien le dire, dans la plupart des cas la cause de ce retard restera complétement méconnue, surtout dans la première période du travail, en admettant, toutefois, que cette brièveté puisse, à cette époque, déterminer quelque accident apparent. Ainsi, avant la rupture de la poche, à qui viendra-t-il à l'esprit d'attribuer la lenteur du travail plutôt à la brièveté du cordon qu'à la résistance de membranes, surtout quand chacun sait que cette résistance des membranes est un accident bien plus fréquent que la brièveté du cordon? Ce serait tout au plus après la rupture de la poche, soit spontanée, soit artificielle, que la tête pourrait être retenue au détroit supérieur par la brièveté du cordon, et encore cette circonstance ne se présentera-t-elle que bien rarement, et ne serait-on pas même, dans ce cas, encore bien plus disposé à attribuer le retard de la tête à l'excès de volume de celle-ci (circonstance qu'il n'est guère possible d'apprécier non plus), ou à toute autre cause bien plus fréquente qu'à la brièveté du cordon.

Enfin, lorsque la tête est dans l'excavation, lorsqu'elle est au détroit inférieur, alors que les signes qui caractérisent cet accident seront aussi évidents qu'ils peuvent l'être, alors même, dis-je, les anomalies dans la rotation de la tête, la résistance du périnée, l'in-

suffisance des contractions utérines, se présenteront bien plutôt encore à l'esprit de l'accoucheur, pour expliquer le retard dans l'accouchement, que la véritable cause elle-même.

En résumé, ce n'est qu'après la rupture des membranes que la brièveté du cordon peut exercer quelque influence sur la marche du travail, et cette cause ne pourra être appréciée que lorsque la tête sera arrivée dans l'excavation; encore le diagnostic sera-t-il très-incertain. Cependant, si l'accoucheur, ayant apprécié à l'aide du doigt la petitesse et la mobilité de la tête, ou jugeant qu'elle a exécuté son mouvement de rotation, que le périnée est très-extensible, que la tête ne repose pas sur lui pendant la douleur, et si ce doigt sent qu'à chaque contraction utérine cette tête s'abaisse, puis que la contraction une fois terminée, elle remonte aussi haut qu'auparavant; si enfin, à chaque douleur, ce phénomène se reproduit sans que la tête fasse de progrès, il sera en droit de penser que ce retard peut tenir à la brièveté du cordon. Ajoutons que la douleur que la femme ressent dans un point fixe correspondant au lieu d'insertion du placenta peut aussi servir d'indice. Enfin, l'hémorrhagie qui se déclare après un engagement brusque de la tête, laquelle jusque-là était restée stationnaire, les progrès rapides que fait alors cette tête, sous l'influence de chaque contraction, quand auparavant ces contractions étaient inefficaces, rendent manifeste, mieux que tout autre signe, la cause du retard qu'éprouvait la tête. L'accoucheur ne doit pas douter, dans ce cas, que la nature n'ait usé d'une de ses ressources (la rupture du cordon, ou le décollement prématuré du placenta) pour surmonter l'obstacle.

Comme on le voit, c'est le plus souvent alors au moment où un autre accident, l'hémorrhagie, requiert l'intervention, que l'on reconnaît la véritable cause de la lenteur du travail. Remarquons, toutefois, que, dans l'impossibilité où l'on se trouve de bien préciser le diagnostic, les moyens que l'on devrait employer pour remédier à la brièveté du cordon ne différeront pas, dans la plupart des cas, de ceux que l'on devra mettre en usage pour combattre l'accident que l'on croit par erreur être la cause du retard. En un mot, quelle que soit la cause du retard, le mode d'action sera heureusement à peu près le même [1].

[1] C'est ce qui eut lieu dans le fait observé par M. le docteur Selafer, de Sarreguemines (*Union médicale*, 5 octobre 1855). Dans ce cas, le cordon manquait complétement : la séparation du placenta et de l'abdomen du produit s'effectua brusquement sous l'influence des efforts exercés par le forceps sur la tête de l'enfant ; et on put alors seulement reconnaître la cause qui avait empêché la tête de s'engager. L'enfant avait succombé à l'hémorrhagie.

§ 2. — Influence de la brièveté du cordon sur la santé du produit et sur celle de la mère.

La brièveté du cordon peut compromettre la santé du produit et celle de la mère, par suite de la prolongation du travail qu'elle occasionne et des opérations qu'elle nécessite, par l'arrachement de l'ombilic, par le décollement prématuré du placenta et ses conséquences, par le renversement de l'utérus, dans le cas où les adhérences du placenta avec l'utérus résistent. Quand le cordon ombilical ne se rompt pas, l'asphyxie de l'enfant peut même être déterminée, au moment du travail, par la constriction des circulaires du cordon sur les membres ou sur le cou de l'enfant. La mort est ici le résultat de la compression du cordon ; le produit peut aussi périr, étranglé par les circulaires qui étreignent le cou : ce fait, qui est rare pendant le travail, s'est quelquefois rencontré pendant la vie intra-utérine. M. Taxil a vu un enfant dont le cou était si serré par trois circulaires, qu'il n'avait plus que 5 à 6 millimètres d'épaisseur.

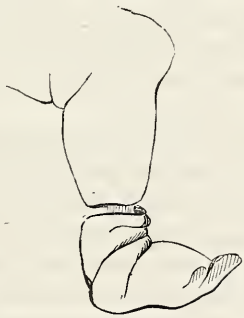


Fig. 129.

Fig. 130.

M. Montgomery a cité[1] plusieurs faits d'étranglement des membres; je reproduis ici deux figures que l'illustre accoucheur irlandais a fait dessiner d'après nature.

Il attribue ces amputations spontanées, comme il les appelle, à la constriction du cordon; dans la figure 130, on voit en effet des débris de cette corde, partant d'un membre entièrement coupé, pour aller à l'autre dont la solution de continuité n'est pas encore complète.

On croyait généralement autrefois que ces amputations spontanées étaient déterminées seulement par une gangrène partielle.

[1] *Exposition of the signs and symptoms of pregnancy, the period of human gestation, and the signs of delivery.* London, 1837, in-8.

§ 3. — Traitement.

Les indications à remplir dans ce cas varient suivant l'époque du travail. Mais, le plus souvent, on les remplira en croyant combattre des accidents tout autres que la brièveté du cordon, et, fort heureusement, le résultat sera le même.

Ainsi, avant la rupture des membranes, la dilatation étant complète, si, par une rare exception, la brièveté du cordon retardait le travail, l'accoucheur, attribuant certainement ce retard à la résistance de la poche, la romprait : alors les eaux s'écouleraient, l'utérus reviendrait sur lui-même et permettrait au fœtus de s'engager davantage; mais si la brièveté a pu retarder l'engagement au détroit supérieur, à plus forte raison le retardera-t-elle de nouveau dans l'excavation, l'utérus ne pouvait plus s'abaisser pour permettre au produit de descendre. De nouvelles difficultés se manifesteront; alors, soit qu'on reconnaisse la cause véritable du retard aux mouvements de progression et de retrait du produit, soit qu'on l'ignore, quand il sera évident que l'expulsion ne peut s'effectuer, quoiqu'il y ait des contractions très-énergiques, on appliquera le forceps, si la tête est arrêtée au détroit inférieur, soit qu'on croie à une résistance du périnée, ou soit qu'on ait pu diagnostiquer la brièveté du cordon.

Mais, dans tous les cas, aussitôt qu'il sera possible d'atteindre le cordon, s'il est enroulé autour du cou de l'enfant, il faudra relâcher les circulaires et en dégager la tête, sinon il faudra les couper et maintenir l'extrémité fœtale du cordon coupé entre les doigts, pendant qu'on extraira le produit avec rapidité. Si le cordon est naturellement court, on ne pourra l'atteindre qu'après l'issue des épaules; on en opérera aussi la section avec les mêmes précautions.

Quant aux soins à donner à la mère et à l'enfant, ils varieront suivant l'espèce d'accident qui sera venu compliquer l'arrêt du travail. (Voyez *Hémorrhagie, Renversement de l'utérus*, etc.)

ARTICLE IV.

DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE, A UNE ÉPOQUE AVANCÉE DE LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL.

Je comprends, sous le nom d'hémorrhagie utérine, toute perte de sang ayant lieu par les organes génitaux, qu'elle provienne des vaisseaux de la mère ou de ceux du cordon ombilical; cette espèce d'hémorrhagie, dont je dois seulement m'occuper ici, est un des accidents les plus formidables qui puissent se déclarer chez la femme en travail.

§ 1. — Causes.

Les causes de l'hémorrhagie utérine sont, ou *prédisposantes*, ou *déterminantes*, ou *spéciales*.

La grossesse, par suite des modifications qu'elle détermine dans la circulation, est la cause prédisposante principale de l'hémorrhagie. Ainsi, pendant la gestation, la circulation et la nutrition sont devenues plus actives, le pouls est plus plein, plus développé, plus fréquent, la peau plus colorée, un véritable état de pléthore générale se manifeste; mais c'est surtout dans l'utérus et dans son voisinage, que la circulation prend une activité bien plus grande; la matrice devient un véritable centre fluxionnaire, et cet état, auquel participent les organes voisins, se trouve singulièrement accru par toutes les circonstances qui peuvent rendre la circulation plus active : tels sont le tempérament sanguin, les menstruations abondantes, le tempérament lymphatique lui-même, parce qu'il s'accompagne souvent de congestion utérine, et parce qu'il prédispose certaines femmes à une espèce de molimen hémorrhagique à chaque période menstruelle. Telles sont aussi les excitations physiques et morales, toutes les causes enfin qui peuvent entretenir une grande activité dans la circulation générale, et surtout qui peuvent déterminer un afflux considérable de sang vers l'utérus : ainsi, une nourriture trop succulente, l'usage trop répété des boissons spiritueuses, les veilles dans les réunions nombreuses, les bains trop chauds, les révulsions sur les membres inférieurs, et les maladies de l'utérus et des organes voisins.

Les dispositions anatomiques de l'appareil circulatoire de l'utérus et des annexes du produit, à une période avancée de la gestation, si bien décrites par M. P. Dubois et M. Jacquemier, expliquent très-bien le mode de production et la fréquence des hémorrhagies.

Si l'on examine les organes, quand leur développement est complet, alors que le placenta est le siége de la double circulation, on est frappé du développement de l'appareil vasculaire sanguin de l'utérus et des organes qui l'avoisinent.

Les quatre artères qui fournissent le sang à l'utérus (les hypogastriques et les ovariques) augmentent considérablement de volume à mesure qu'elles s'approchent de l'utérus. Avant de fournir leurs premières divisions, elles se renflent, se dilatent en s'avançant entre le péritoine et la face externe de l'utérus, puis se ramifient à l'infini, dans le tissu utérin, en doublant leur volume. D'autres, imperceptibles pendant l'état de vacuité, se sont successivement développées, et offrent aussi un calibre considérable.

Si l'on examine les veines depuis leur sortie de l'utérus jusqu'à leur embouchure, dans l'hypogastrique et la veine cave inférieure, on voit que leur capacité a beaucoup augmenté. Aussi, considérées dans les parois utérines, les veines s'offrent sous l'aspect de canaux situés au centre du tissu musculaire; elles s'anastomosent entre elles pour former de vastes confluents ou sinus, dont quelques-uns peuvent permettre l'introduction du petit doigt. Ces veines, beaucoup plus larges au point d'insertion du placenta, s'ouvrent à la surface interne de l'utérus, et s'abouchent avec les sinus du placenta.

On comprend très-bien, par une semblable disposition, comment toutes les influences qui pourront congestionner l'organe, et, par suite, déterminer la rupture des vaisseaux, produiront une hémorrhagie. Mais quel ordre de vaisseaux se rompra le plus facilement et fournira le plus ordinairement le sang épanché : suivant M. Jacquemier, ce serait toujours le système veineux qui céderait le premier [1]. Les artères, au contraire, à moins qu'elles ne soient le siége de lésions morbides, celles mêmes qui ne sont protégées que par la caduque, sont bien plus rarement le siége primitif des ruptures que les veines utéro-placentaires, dont le tissu mou ne peut opposer qu'une résistance médiocre. De plus, quoiqu'on puisse se croire en droit d'attribuer l'hémorrhagie à la circulation artérielle, puisque c'est par le système artériel que commence la pléthore, il n'en demeure pas moins constant que la plus grande partie du sang, dans les hémorrhagies utérines, est fournie par le système veineux.

Que se passe-t-il, en effet? La pléthore se manifeste d'abord dans le système artériel, mais les artères utéro-placentaires lui résistent. Du système artériel, la pléthore passe alors dans le système veineux, où elle trouve moins de résistance.

Toutes les causes précédentes, quand elles agissent pendant une certaine durée, peuvent devenir des causes déterminantes ; de plus, toutes les commotions physiques et morales dont j'ai donné une longue énumération à l'article *Avortement* peuvent aussi déterminer cet accident.

Les causes déterminantes spéciales sont : le décollement prématuré du placenta, par suite de la rétraction trop brusque de l'utérus ; les déchirures du col utérin, l'insertion du placenta sur l'orifice ou dans son voisinage, la déchirure spontanée de la tunique interne de la matrice, la rupture complète de ses parois, celle des thrombus du vagin et de la vulve, l'insertion anormale du cordon sur

[1] *Recherches sur les causes et le mode de production des hémorrhagies utérines* (*Archives générales de médecine*, 1839).

les membranes et la rupture d'un des vaisseaux, enfin celle du cordon ombilical.

A. *Décollement prématuré du placenta.* — Les contractions irrégulières pathologiques, les contractions normales trop brusques et trop rapides de l'utérus, et sa rétraction trop subite, peuvent séparer prématurément le placenta de la surface interne de l'organe, et produire une perte d'autant plus dangereuse que le travail est moins avancé ; et, comme on le sait, ces phénomènes se manifestent surtout dans les cas où l'utérus a été distendu par une hydropisie de l'amnios, au moment où la rupture des membranes permet à une grande quantité de l'eau de s'écouler, ou dans les cas de jumeaux.

Dans cette dernière circonstance, l'hémorrhagie peut avoir lieu après la sortie du premier produit, et alors la vie de la mère et celle du second enfant qui reste contenu dans l'utérus peuvent être compromises ; ou elle peut se manifester après l'expulsion des deux enfants, et la mère seule court alors des dangers.

Le décollement du placenta peut aussi être déterminé par la brièveté du cordon ombilical ; souvent aussi par l'engagement de l'œuf entier, ou d'une partie des membranes coiffant la tête de l'enfant.

B. *Déchirures du col utérin.* — Il est rare que le produit de la conception puisse traverser les organes maternels sans déchirer plus ou moins le col utérin, et si, dans cette circonstance, il ne s'écoule qu'une très-petite quantité de sang, c'est que le produit, en même temps qu'il déchire l'orifice en le traversant, oblitère les orifices béants des vaisseaux qui ont été mis à nu. Il est donc rare, quoique cette cause soit très-fréquente, qu'elle détermine une hémorrhagie grave.

C. *Insertion du placenta sur le col de l'utérus.* — L'insertion du placenta sur le col de l'utérus est une cause presque constante d'hémorrhagie utérine. Cependant on trouve dans les auteurs des cas d'insertion du placenta sans hémorrhagie. M. Moreau donne de ce fait une explication des plus satisfaisantes. Ces cas d'implantation du placenta sans hémorrhagie, dit ce professeur, se rapportent tous à des cas où le produit avait cessé de vivre, souvent assez longtemps avant son expulsion. Dans ce cas, en effet, la circulation utérine se trouve modifiée. De toute cette quantité de sang qui se rendait à l'utérus, pour fournir les éléments de la nutrition du produit, il n'en arrive plus que ce qui est nécessaire à la circulation utérine proprement dite : les vaisseaux diminuent, quelques-uns s'oblitèrent même ; en un mot, le stimulus qui appelait le sang dans l'u-

térus ayant cessé, la circulation se modifie à tel point que l'hémorrhagie peut ne point se manifester au moment de la séparation du placenta, ou, dans tous les cas, quand elle se manifeste, n'être que légère [1].

Comment peut-on s'expliquer la production de l'hémorrhagie dans les cas d'implantation du placenta sur l'orifice ou dans son voisinage, dans les dernières semaines de la gestation et pendant le travail ? L'explication de ce phénomène est facile. A cette époque, en effet, comme je l'ai dit en traitant du diagnostic de la grossesse (huitième et neuvième mois), l'orifice interne commence à s'entr'ouvrir chez les primipares, et, chez les femmes qui ont eu des enfants, il se dilate souvent quelques semaines plus tôt. Alors, par suite de cette dilatation que le placenta ne peut suivre, les rapports de connexion vasculaire qui unissent le placenta à l'utérus sont détruits en partie, et le sang s'écoule à l'extérieur.

L'époque de la grossesse à laquelle se manifestent ces hémorrhagies justifie très-bien cette manière de voir ; comme on le sait, elles ne se déclarent guère que du huitième mois à la fin du neuvième.

Cependant, l'implantation anormale du placenta sur le col peut déterminer des pertes à une époque moins rapprochée du terme de la grossesse, ce qui pourtant est rare et ne peut avoir lieu avant la fin du sixième mois ; et alors il faut trouver ailleurs que dans la dilatation de l'orifice interne l'explication de ce phénomène. La suivante me paraît la plus rationnelle. Avant la fin du sixième mois, l'utérus se développe spécialement dans son fond ; la partie inférieure, au contraire, ne se développe pas dans une proportion égale, mais ce développement coïncide avec celui du placenta. Jusque-là ces deux parties, le placenta et le col utérin, conservent leurs rapports de connexion ; mais, après la fin du sixième mois, la partie inférieure de l'organe s'accroît dans une proportion égale à celle de l'accroissement du fond, tandis que le placenta, qui a acquis presque tout son développement, ne peut plus participer à cet accroissement rapide ; alors le tissu inter-utéro-placentaire, tiraillé, se déchire, met à jour les orifices béants des vaisseaux utéro-placentaires, et l'hémorrhagie se manifeste.

D. *La rupture de l'utérus et les thrombus de la vulve et du vagin* sont des accidents rares dont je traiterai dans un chapitre particulier.

E. *Enfin, la rupture d'un des vaisseaux du cordon ou du cordon lui-*

[1] J'ai cité, à l'article *Avortement* (page 289), un cas où le placenta, après la mort du produit, ayant continué de se développer pendant plusieurs mois, en puisant dans l'utérus les aliments nécessaires à sa nutrition, une hémorrhagie a cependant été la conséquence de son expulsion.

même peut déterminer une perte grave, surtout pour le produit.

Cet accident peut dépendre d'une maladie des tuniques du cordon, de la disposition particulière des vaisseaux du cordon; enfin, de la brièveté de la tige ombilicale.

Je possède, comme je l'ai dit, un cordon dont la veine, variqueuse en plusieurs endroits, présente surtout, dans un de ses points, un renflement qui me paraît n'être autre chose qu'une collection sanguine, dont le caillot organisé autour de la veine la comprime de toutes parts. C'est à cette compression que j'ai attribué la mort du produit. Plusieurs faits semblables, quoique rares, sont cités par les auteurs.

On conçoit donc que si la veine peut se rompre et laisser épancher du sang dans la gaîne du cordon, cette gaîne peut aussi se déchirer, et permettre à l'hémorrhagie de devenir grave pour l'enfant et pour la mère.

M. Velpeau rapporte plusieurs faits semblables. M. Deneux a pu en observer un, où la veine, très-variqueuse dans presque toute sa longueur, avait fourni une très-grande quantité de sang.

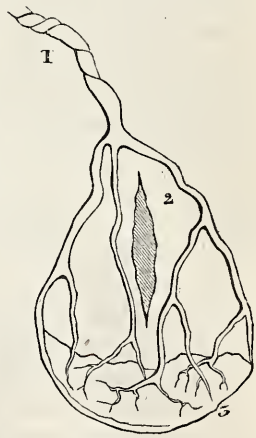


Fig. 126.

Cet accident peut déterminer soit une perte dans l'intérieur de l'œuf, soit une perte externe, soit une perte intra-utérine, suivant que les membranes sont ou ne sont pas intactes, suivant que le col utérin est ou n'est pas bouché par des caillots.

Les vaisseaux du cordon peuvent quelquefois se désunir, et ramper à la surface de l'œuf avant de se rendre au placenta. J'ai observé deux fois cette disposition : c'est un de ces placentas qui a été préparé par M. Voillemier, que représente la figure 131.

On comprend facilement alors que si les membranes viennent à se rompre dans le point où le vaisseau s'insère, ce vaisseau peut être rompu et donner lieu à une hémorrhagie grave, qui, le plus généralement, sera extra-ovulaire; mais qui cependant pourra être intra-utérine, si quelque obstacle s'oppose à l'issue du sang par le col utérin.

Dans un fait semblable, observé par M. Nægelé, la rupture d'un des vaisseaux eut lieu, et le fœtus succomba à l'hémorrhagie. Ce fait, jusqu'à ce jour, est unique dans la science.

L'hémorrhagie peut aussi être déterminée par la rupture de la totalité du cordon dans le cas de brièveté de cet organe.

§ 2. — Diagnostic.

Les symptômes de l'hémorrhagie utérine se distinguent en *symptômes précurseurs* et en *symptômes d'une hémorrhagie actuelle.*

L'hémorrhagie se manifeste quelquefois soudainement, même sans qu'elle ait été causée par une violence extérieure; mais le plus ordinairement, la femme ressent de la pesanteur, un sentiment de chaleur, de frémissement dans le bassin, une douleur gravative dans les lombes, les aines et les cuisses, des inquiétudes dans tous les membres; quelquefois aussi les symptômes locaux de pléthore s'accompagnent de symptômes généraux. Ainsi, la malade a la face colorée, elle éprouve des vertiges, des douleurs de tête; son pouls est plein, développé, lent, etc. Les mouvements actifs du produit sont lents, ou ont cessé tout à fait.

Les symptômes précurseurs se manifestent plus ou moins longtemps avant que l'hémorrhagie se soit déclarée ; les signes qui annoncent alors l'existence actuelle de cet accident se distinguent en *signes généraux* et *signes locaux.*

A. *Signes généraux.* — Faiblesse du pouls, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, tintement d'oreilles, *mal de cœur;* enfin, tous les symptômes des pertes en général.

B. *Signes locaux.* — Les signes locaux se distinguent encore en deux classes, suivant que l'hémorrhagie est apparente à l'extérieur, *perte externe*, ou quand l'écoulement du sang n'a pas lieu au dehors, *perte interne.*

Le *symptôme de la perte externe*, c'est la perte elle-même. On s'attache, en général, à constater exactement la cause de l'hémorrhagie, on conseille d'insister pour établir le diagnostic. J'avoue que cela me semble complétement inutile, dès le début, car, que l'hémorrhagie soit causée par l'implantation du placenta sur l'orifice ou son décollement prématuré, etc., les indications (point essentiel) ne varieront qu'en raison de la légèreté ou de la gravité de l'accident; de plus, cette insistance à établir le diagnostic peut avoir de grands inconvénients : les recherches, à l'aide du doigt, peuvent décoller les caillots et augmenter l'hémorrhagie, ou la renouveler si elle s'était suspendue.

Néanmoins, si en mettant beaucoup de réserve dans ses investigations, l'accoucheur rencontre au col utérin un corps spongieux, mollasse; si, les membranes étant intactes, la perte augmente pendant la contraction utérine, il devra attribuer l'hémorrhagie à l'implantation anormale du placenta sur le col utérin.

Si, au contraire, elle est due au décollement de cet organe, a

perte n'augmente que dans l'intervalle des douleurs, elle est moins abondante pendant la contraction, et le placenta n'est pas senti à l'orifice.

Après la rupture des membranes, ces différences dans l'aggravation ou la diminution de la perte cessent d'être sensibles. Dans l'un et l'autre cas, la pression produite par la tête de l'enfant empêche le sang de s'écouler pendant la contraction. On comprend, du reste, combien ces signes sont équivoques, et combien celui qui paraît le plus certain, la présence du placenta, peut encore induire en erreur, par suite de la difficulté où se trouve l'accoucheur de distinguer le placenta des caillots qui obstruent l'orifice utérin. Mais heureusement, un diagnostic précis, en pareil cas, ne satisfait que l'esprit.

On s'expliquera aussi facilement la difficulté du diagnostic, dans les cas où l'hémorrhagie externe est fournie par les vaisseaux ombilicaux.

On peut confondre aussi la perte résultant d'un décollement du placenta, même celle qui serait fournie par le placenta inséré sur l'orifice, avec celle qui provient d'une tumeur du cuir chevelu ou de toute autre partie fœtale qui serait rompue. A l'hospice de la Maternité de Paris, M. P. Dubois a observé ce phénomène sur un enfant anencéphale; de prime abord cette tumeur avait été prise pour le placenta décollé.

A une époque avancée de la grossesse, même pendant le travail, une petite quantité de sang peut s'accumuler dans l'utérus, et passer inaperçue; mais le plus ordinairement, surtout si la perte est un peu abondante, elle se traduit à l'extérieur par les signes généraux que j'ai fait connaître et par des signes locaux, qui sont : la résistance plus grande du globe utérin, la forme irrégulière, anfractueuse, de l'utérus, qui coïncide avec son développement insolite et rapide, la cessation des mouvements actifs.

Il est rare, pendant le travail, que la perte interne ne soit pas précédée, accompagnée ou suivie d'un léger écoulement de sang à l'extérieur; dans ce cas, il y a perte interne et externe à la fois.

En un mot, plus la grossesse sera avancée, plus l'hémorrhagie sera grave, plus elle sera facilement reconnue. Cependant il peut s'épancher entre l'utérus et l'œuf décollé une assez grande quantité de sang pour compromettre la vie de l'enfant, sans que les effets de cette perte sur l'état de la mère la rendent manifeste.

On pourrait confondre cet accident avec l'hydropisie de l'amnios ou la tympanite, mais la présence des autres signes de l'hémorrhagie interne viendrait bientôt faire cesser tous les doutes.

Le siége de l'épanchement, dans les pertes internes, varie suivant

la cause de l'hémorrhagie. Ainsi, dans les cas de décollement du placenta : 1° Il se peut que le sang s'accumule entre le placenta et l'utérus, et que le placenta, décollé dans son centre, soit adhérent à l'utérus par sa circonférence; mais, le plus souvent, le sang fourni par le placenta, dont les adhérences sont détruites dans un seul point, décolle les membranes et s'épanche tout autour de l'œuf : c'est, dans ce cas, que l'hémorrhagie interne peut être mortelle pour la mère et l'enfant. En effet, quoiqu'on ait cherché à le nier, il est certain que l'utérus, dans l'état ordinaire de la gestation, n'est pas tellement distendu, qu'il ne puisse se laisser encore distendre davantage par une quantité de sang assez considérable pour faire périr la mère et son produit.

2° Le sang peut s'épancher aussi entre les feuillets des membranes ; M. C. Baudelocque en a cité plusieurs exemples, et quelquefois la quantité de sang peut être assez considérable pour donner des inquiétudes. Le plus souvent cependant ces pertes sont peu abondantes et passent inaperçues.

3° Par suite de la rupture du cordon, l'épanchement peut se faire dans l'intérieur des membranes (hémorrhagie intra-ovulaire) : des faits nombreux, cités par Peu, de Lamotte, Baudelocque, MM. Nægelé, Deneux, Guillemot, établissent la possibilité de ces pertes d'une manière incontestable.

4° Enfin, le sang peut s'épancher dans l'intérieur du placenta seulement, mais cette hémorrhagie interne, ou *apoplexie placentaire*, ne doit pas être considérée sous le même point de vue que les précédentes. En effet, elle ne compromet jamais les jours de la mère, et si elle fait périr le produit, ce n'est pas par le fait même de la perte de sang, mais parce que les foyers apoplectiques, quand ils sont nombreux, amènent la dégénérescence du placenta, et troublent ou rendent nulles les fonctions de cet organe.

§ 3. — **Pronostic.**

La gravité du pronostic varie en raison de la quantité de sang perdu, suivant l'époque du travail où la perte se déclare, suivant les causes qui la produisent, et suivant sa nature.

Ainsi, pour la mère et pour l'enfant, l'hémorrhagie sera d'autant plus grave que l'accident se manifestera à une époque du travail plus éloignée du moment où la dilatation de l'orifice utérin, ou celle des parties externes pourra permettre l'expulsion spontanée du produit ou son extraction. En effet pendant tout le temps que ces parties mettront à se préparer, la quantité de sang qui s'écoulera pourra compromettre la vie de la mère et celle de l'enfant.

Pour l'enfant, elle est bien plus grave qu'elle ne l'est pour la mère : elle est plus grave aussi, pour l'un et pour l'autre, dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice, lorsque cette implantation a lieu centre pour centre. Le décollement presque complet du placenta détermine, au moment du travail, une perte considérable, d'autant plus grave pour la mère, qu'elle a déjà été affaiblie par les hémorrhagies qui se sont manifestées à plusieurs reprises dans les derniers mois de la grossesse ; d'autant plus grave pour le produit, que les rapports de connexion qui unissent le placenta à l'utérus sont plus complétement détruits.

On comprend aussi que cet accident est d'autant plus grave dans les cas de décollement prématuré du placenta, que ce décollement est plus complet.

L'hémorrhagie interne après la rupture des membranes est plus grave que l'externe, parce qu'elle peut donner lieu à une perte de sang considérable avant que quelques symptômes extérieurs soient venus en signaler l'existence, et qu'alors, quand on reconnaît l'accident, il est souvent trop tard pour y remédier efficacement.

L'hémorrhagie interne est moins grave avant la rupture des membranes : ainsi, avant cette rupture, l'utérus dilaté ne peut contenir qu'une quantité de sang moins considérable que lorsque l'œuf est rompu ; de plus, après la rupture, l'art est privé d'une ressource salutaire, la perforation artificielle des membranes. Cette opération, permettant en effet le retrait de l'utérus, suffit quelquefois seule à arrêter l'hémorrhagie, surtout dans les cas où elle est due à un décollement prématuré du placenta, inséré au fond de l'utérus, cette partie étant douée d'une énergie de retrait bien plus considérable que le col.

Pour la mère, l'hémorrhagie est plus grave à l'hôpital qu'en ville, surtout en temps d'épidémie de métro-péritonite, les pertes de sang prédisposant singulièrement à cette terrible maladie.

Si l'abondance de l'hémorrhagie est une circonstance également fâcheuse pour la mère et pour l'enfant, il ne faut pas croire, cependant, que la perte de sang agisse de même sur l'un et sur l'autre.

La mère meurt anémique ; mais, pour le produit, la quantité de sang qu'il perd compromet bien rarement sa vie, à moins que le sang ne soit fourni par le cordon ombilical. L'enfant succombe à une véritable asphyxie, tout à fait comme s'il y avait compression du cordon. Au lieu d'être anémique et pâle, il est rouge et violet ; et à l'autopsie, on trouve les veines gorgées de sang, comme dans l'asphyxie.

Quand la perte a été considérable, sans cependant compromettre la vie de la mère, elle porte à toute l'économie de graves atteintes.

Les femmes languissent affaiblies, elles éprouvent tous les symptômes de la chlorose, les digestions sont pénibles, la vue et l'ouïe sont affaiblies ; mais surtout, elles échappent rarement à ces maux de tête nerveux, si persistants, si douloureux. J'ai eu si souvent occasion de constater ce phénomène, qu'il me semble être une conséquence nécessaire de l'hémorrhagie abondante. Au reste, toute médication est impuissante : il ne disparaît qu'à mesure qu'un régime convenable répare les forces de la malade.

§ 4. — Traitement.

Le traitement des hémorrhagies utérines est préventif ou curatif : le traitement préventif se trouve à l'article *Hémorrhagie et avortement pendant la grossesse*. Quant au traitement curatif, il se divise en traitement spécial et en traitement général.

L'accoucheur appelé auprès d'une femme atteinte d'hémorrhagie doit, avant tout, faire coucher la malade horizontalement; supprimer les oreillers, élever la siége sur un coussin résistant, afin que la poitrine soit plus basse que le siége. La chambre sera aérée, ventilée, et cependant on aura soin de n'y laisser pénétrer qu'un demi-jour. Le calme le plus complet de l'esprit et du corps est indispensable.

Aussi il faudra éloigner de la malade toute idée de crainte et recommander autour d'elle le silence le plus absolu.

La malade sera couverte chaudement à la partie supérieure du corps; une bouteille d'eau chaude sera mise sous chaque bras, le ventre, les pieds et les jambes seront revêtus seulement d'un simple drap; le rectum aura été, aû préalable, vidé par un lavement frais, et pour boisson elle sera mise à l'usage de la limonade froide, de la solution de sirop de groseille, etc.

Le traitement spécial varie suivant la légèreté ou la gravité de l'accident, et suivant l'époque de la grossesse et celle du travail ; enfin suivant que l'hémorrhagie est interne ou externe. Quant aux causes qui le produisent, elles n'ont aucune influence sur la nature des moyens à employer.

Si l'hémorrhagie interne est assez grave pour compromettre la vie de la mère, la terminaison seule de l'accouchement peut mettre fin à cet accident. Mais si la femme n'est pas encore en travail, si surtout elle est primipare, le col, entièrement fermé, s'oppose à toute tentative d'extraction. Dans cette circonstance grave, après avoir tenté inutilement tous les moyens propres à déterminer la rétraction de l'utérus qui seule peut arrêter l'hémorrhagie, tels que le seigle ergoté, les manipulations du fond de l'organe, au travers des parois

abdominales, l'onction du col utérin, avec la belladone, la compression du ventre par un bandage très-serré, enfin des serviettes non dépliées, trempées dans l'eau froide et appliquées sur les cuisses et le bas-ventre, il faudrait bien se résoudre à forcer la résistance du col, en y introduisant d'abord un doigt, puis deux, etc., pour vider l'utérus, en partie, en donnant issue au liquide amniotique et au sang épanché, et, si cela ne suffisait pas, pour extraire le produit lui-même et solliciter ainsi le retrait de l'organe.

Le plus ordinairement, l'accident lui-même, en affaiblissant la tonicité de l'utérus, rendra son col perméable sans efforts trop considérables ; et, dans le cas contraire, les efforts procureraient plus facilement la dilatation que les incisions multiples. Si le col était épais, ces incisions ne seraient dans ce cas d'aucun effet ; au contraire, elles devraient être préférées si le col était déjà aminci.

Mais il faudra bien se garder, dans cette circonstance, de procéder à la rupture des membranes avant d'avoir dilaté le col, car le liquide amniotique seul pouvant alors être expulsé, les caillots restant dans l'utérus, l'utérus ne pourrait revenir sur lui-même, et une nouvelle quantité de sang coagulé aurait bientôt remplacé le liquide amniotique. Au contraire, le col étant dilaté, le sang et les caillots pourront être expulsés ; et, s'ils ne l'étaient pas, la main pourrait alors les aller chercher.

Si de prime abord on trouve le col ramolli, entr'ouvert, s'il existe déjà quelques contractions, la rupture des membranes est alors indiquée ; cette rupture, en permettant au liquide amniotique et au sang épanché d'être expulsés, favorisera l'exercice de la contractilité organique qui doit achever de vider l'utérus en expulsant le produit, et de celle du tissu qui, surtout, doit mettre fin à l'hémorrhagie en produisant le retrait des parois de l'organe. Il faut, après cette rupture des membranes, administrer le seigle ergoté, titiller le col, appliquer un bandage compressif sur le ventre, etc., et surveiller avec soin la malade.

Si enfin l'hémorrhagie continuait à inspirer des craintes, pénétrer dans l'utérus et extraire l'enfant.

En un mot, dans ces cas, il faut substituer une hémorrhagie externe à une hémorrhagie interne. Le reste du traitement rentre alors dans celui de l'hémorrhagie externe.

Le tableau suivant, p. 466, qui appartient entièrement à M. P. Dubois, résume toutes les indications que peut présenter cet accident.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU

- **AVANT LE TRAVAIL.**
  - Hémorrhagie légère A.
    - Situation horizontale.
    - Repos absolu.
    - Air frais.
    - Boissons acidules, fraîches.
    - Diète.
    - Saignée, s'il y a des symptômes de pléthore.
    - Vider la vessie et le rectum.
  - Hémorrhagie grave B.
    - Mêmes moyens qu'en A, excepté la saignée..... D'abord, applications froides, belladone sur le col..... Puis, seigle ergoté, 2 grammes en trois doses, dix minutes d'intervalle... } 1...
    - Et si ces moyens sont insuffisants, appliquer le tampon, ou dans quelques cas particuliers, faire la perforation des membranes..... } 2...
- **PENDANT LE TRAVAIL.**
  - Hémorrhagie légère....
    - Orifice non dilaté et non dilatable....
      - Membranes entières. — Mêmes moyens qu'en A, sauf la saignée qui ne convient que si l'état pléthorique est extrêmement prononcé, belladone.
      - Membranes rompues. — *Idem.*
    - Orifice dilaté..
      - Membranes entières. — Mêmes moyens qu'en A, puis attendre, ou rompre les membranes..... } 3...
      - Membranes rompues. — Mêmes moyens qu'en A, et attendre. Si les douleurs sont faibles et lentes, donner le seigle ergoté..... } 4...
  - Hémorrhagie grave.....
    - Orifice non dilaté et non dilatable....
      - Membranes entières. — Mêmes moyens qu'en A, sauf la saignée, puis les réfrigérants, belladone. En cas d'insuffisance et si les douleurs sont faibles, seigle ergoté : puis rompre les membranes: enfin si l'orifice ne permettait pas la version, appliquer le tampon.
      - Membranes rompues. — Mêmes moyens qu'en A, puis les réfrigérants, belladone, puis le seigle ergoté si les douleurs sont faibles et lentes..... Puis en cas d'insuffisance, compression de l'utérus, tampon, accouchement forcé..... } 5...
    - Orifice dilaté ou dilatable.
      - Membranes entières. — Rompre les membranes; si cette rupture ne suffit pas, faire la version ou appliquer le forceps..... } 6...
      - Membranes rompues. — Version, si la tête est au-dessus de l'orifice..... Forceps, si la tête est déjà descendue dans l'excavation. Extraction simple, si l'extrémité pelvienne se présente..... } 7...

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE.

1 Le seigle ergoté est employé ici comme hémostatique ; dans le cas que nous supposons, il n'y a pas encore de douleurs utérines ; il est possible aussi que l'emploi du seigle ergoté les produise ; car ce médicament a la propriété d'accroître les contractions, quand elles se sont spontanément déclarées, et paraît avoir aussi celle de les provoquer quand elles n'existent pas encore.

2 Le tampon arrêtera d'abord l'hémorrhagie ; puis, par la rétention du sang et par sa présence même, il irritera le col et l'orifice de l'utérus, et il sollicitera les contractions expulsives. Celles-ci dilateront l'orifice et cette dilatation permettra plus tard, soit la rupture simple des membranes, soit la terminaison de l'accouchement.

3 Cette rupture ne saurait avoir aucun inconvénient : c'est un moyen de prévenir l'accroissement de l'hémorrhagie. On peut, toutefois, s'en dispenser et se contenter d'attendre que les progrès mêmes du travail aient arrêté l'accident : ce dernier parti est, après tout, peut-être le plus sage. Un peu plus ou un peu moins de tendance à l'accroissement de l'hémorrhagie devront déterminer le choix de l'un ou de l'autre procédé : 1° attendre si l'hémorrhagie n'augmente en aucune manière, et à plus forte raison si elle diminue ; ou 2° rompre les membranes, si l'on remarque quelque tendance à l'augmentation. Cette rupture pourra être utilement précédée ou suivie de l'administration de quelques doses de seigle ergoté, si les douleurs utérines étaient faibles ou éloignées.

4 On peut se demander s'il ne conviendrait pas de terminer l'accouchement dans ce cas, puisque les parties semblent disposées à cette terminaison. Nous pensons que si le fœtus se présente bien, il vaut mieux s'abstenir de toute manœuvre, application de forceps ou version, parce que l'emploi de ces moyens serait plus grave que l'hémorrhagie légère pour laquelle on y aurait recours.

5 Ce cas est fort délicat; l'application du tampon exige ici une grande réserve. En effet, quand le vagin sera fermé, le sang pourra, si l'on n'y prend garde, s'accumuler dans la cavité utérine, au point que la malade perisse sans qu'une goutte de sang paraisse à l'extérieur, et le danger sera d'autant plus grand, que la matrice aura été plus développée avant la rupture des membranes, et que les contractions seront plus faibles. L'application du tampon ne devra donc être préférée à l'accouchement forcé, que quand les contractions utérines seront assez énergiques, et qu'au moment de la rupture des membranes, il ne se sera écoulé de l'utérus qu'une très-petite quantité d'eau ; quand l'hémorrhagie aura été de prime abord externe : encore l'application du tampon doit-elle être suivie d'une surveillance très-attentive et de l'application d'un bandage de ventre assez serré pour résister à l'ampliation de l'utérus. Au contraire, quand les contractions seront faibles, quand il se sera écoulé une grande quantité d'eau au moment de la rupture des membranes, quand l'hémorrhagie aura d'abord été interne, il faudra forcer la résistance de l'orifice et faire la version.

6 Ici encore, on peut s'étonner du précepte de rompre les membranes et d'attendre, avant de prendre un autre parti, que la rétraction de l'utérus ait ou n'ait pas arrêté l'hémorrhagie ; c'est qu'il nous semble si important et pour la mère et pour l'enfant que la naissance de celui-ci soit le résultat des contractions utérines seules, plutôt que de manœuvres souvent difficiles, qu'il est très-désirable de courir la chance d'un accouchement spontané, toutes les fois qu'on peut l'espérer. Il est bien entendu que cette expectation n'est admissible que dans le cas où les contractions utérines ne sont ni faibles ni éloignées. Si le col est mince, tranchant, des incisions préalables devront être faites de chaque côté de cet orifice.

7 On pourrait sans doute recourir ici à l'application du forceps ; mais l'emploi de cet instrument, quand la tête est au-dessus de l'orifice et non plongée dans l'excavation, offre souvent d'assez grandes difficultés pour que la version me paraisse préférable.

Observations sur les indications contenues dans le tableau.

On voit que les indications sont fondées sur la légèreté ou la gravité de l'hémorrhagie, et non sur la circonstance de l'insertion ou de la non-insertion du placenta sur le col. Ce n'est pas que cette circonstance soit indifférente ; presque toujours, l'hémorrhagie produite par le décollement du placenta inséré sur l'orifice est une hémorrhagie grave, et réclame alors les moyens indiqués pour les hémorrhagies graves. Quelquefois, cependant, l'insertion du placenta sur le col de l'utérus ne donne lieu qu'à une hémorrhagie légère. Je ne pense donc pas, comme la plupart des accoucheurs, que l'insertion du placenta sur le col exige, dans tous les cas, la terminaison prompte et forcée de l'accouchement. Seulement, elle peut modifier l'emploi des moyens que j'ai indiqués. Par exemple, si dans un cas d'hémorrhagie grave, le placenta recouvre tout à fait l'orifice, on ne pourra pas recourir à la simple rupture des membranes, comme on le pourrait, si cela n'avait pas lieu. Si l'orifice n'est ni assez dilaté ni assez dilatable pour permettre l'introduction de la main, il faudra employer le tampon ; s'il est, au contraire, assez dilaté ou assez dilatable, il faudra décoller un des côtés du placenta pour se faire un passage dans la cavité utérine et terminer l'accouchement par la version. Mais, si une portion seulement du placenta est insérée sur l'orifice et laisse même à nu une partie des membranes, on pourra se comporter comme si le placenta n'était pas inséré à l'orifice. M. Dubois n'est pas d'avis de percer au centre du placenta.

Enfin, si le placenta, poussé par la tête ou par l'extrémité pelvienne du fœtus, est entièrement ou presque entièrement décollé et a franchi l'orifice de l'utérus, il faut l'extraire avant le fœtus, car cet organe ne sert plus à l'hématose fœtale et sa présence dans le vagin est un obstacle au libre exercice de la main et des instruments.

J'ai dit, à l'article *Avortement*, quels étaient les procédés à l'aide desquels on applique le tampon [1]. C'est un moyen précieux: il

[1] Je fus appelé rue de Seine-Saint-Germain, dans le courant de 1841, par M. le docteur Cazalis, pour donner des soins à une jeune femme primipare qui était affectée d'hémorrhagie ; elle était à terme, le col épais, résistant et non dilaté, ne permettait de rien entreprendre, pour terminer l'accouchement, afin de soustraire l'enfant et la mère aux dangers de l'hémorrhagie, quoiqu'elle fût abondante, et que la femme en parût affaiblie. Il était facile, à l'aide du toucher, de constater la présence du placenta à l'orifice, les membranes étaient intactes, les douleurs peu énergiques. A travers le placenta, on sentait un corps solide, lourd, que je crus être la tête de l'enfant. L'auscultation aurait peut-être pu éclairer la question, mais ce qu'il m'importait spécialement dans ce cas, c'était de constater l'existence du produit (il était encore vivant), et de m'opposer le plus promptement possible à l'hémorrhagie;

agit d'abord en mettant obstacle à l'issue du sang, puis sa présence sur le col utérin irrite cette partie inférieure de l'organe et sollicite la réaction de la partie supérieure qui se contracte, et détermine la dilatation de l'orifice. Alors, quand on retire le tampon, on trouve les voies préparées ; on peut opérer la rupture des membranes. Souvent ce dernier moyen suffit à lui seul pour arrêter l'hémorrhagie ; s'il est insuffisant, on a recours à l'abstraction du produit. Si le

je n'avais à choisir qu'entre la rupture des membranes ou le tampon; l'état du col qui, malgré le seigle ergoté, ne pouvait pas laisser espérer une dilatation rapide sous l'influence de la rupture des membranes, me décida en faveur du tampon ; je l'appliquai à l'aide du speculum plein. Des bourdonnets de charpie liés avec des fils furent poussés dans le vagin, à mesure que je retirais le speculum. Enfin, quand le vagin fut entièrement rempli, je plaçai, pour maintenir le tampon, un bandage en T bien serré. Après cela, nous administrâmes à la malade 1 gramme de seigle ergoté en deux fois ; sous l'influence de ces moyens, l'hémorrhagie externe ne cessa pas entièrement, mais des contractions énergiques se déclarèrent, et au bout d'une heure ou deux, les efforts de la femme repoussèrent en partie le tampon, et les membranes se rompirent; nous retirâmes le bandage et la charpie, mais au lieu de la tête dont j'avais soupçonné la présence au détroit supérieur, c'était l'extrémité pelvienne qui occupait l'orifice. La dilatation était presque complète, j'introduisis la main immédiatement, et j'engageai les pieds de l'enfant; l'extraction fut rapide, mais l'abondance de l'hémorrhagie avait compromis sa viabilité, il fit quelques inspirations, et ne put être ranimé. Quant à la mère, l'accident cessa après l'extraction de l'enfant, elle se rétablit parfaitement.

Le 2 février, à neuf heures et demie, la nommée Mozanot, âgée de trente-cinq ans, ayant eu sept accouchements à terme, une fausse couche à trois mois, qui avait nécessité le tamponnement pendant trois jours, fut prise de pertes répétées dans les trois derniers mois de cette huitième grossesse. A huit mois, elle fut prise d'une perte très-considérable ; c'est dans cet état qu'elle fut amenée, à neuf heures et demie du matin, à la salle d'accouchements. Le col était mou, dilaté comme une pièce de cinq francs, le placenta était inséré sur l'orifice à gauche. M. P. Dubois tamponna immédiatement vers dix heures ; à midi, il administra, à cause des fréquentes lipothymies, dans du vin de Malaga (60 grammes), du seigle ergoté (50 centigrammes) ; mais la femme continuant toujours à s'affaiblir et d'ailleurs, espérant, d'après la nature des contractions et leur durée, que le col avait dû se dilater, il retira le tampon ; en effet, le col dilatable permit de terminer l'accouchement. A midi vingt minutes, M. P. Dubois rompit les membranes et fit la version podalique ; l'enfant avait cessé de vivre, mais la mère se rétablit.

Dans un autre cas, à peu près semblable, le 29 avril, la rupture des membranes suffit pour déterminer l'accouchement et la cessation de l'accident, mais l'enfant n'a pu être sauvé.

Insertion du placenta sur l'orifice; version; compression de l'aorte; mort. — Madame M. éprouvait, depuis le sixième mois de sa grossesse, des pertes incessantes qui avaient fini par déterminer un état d'anémie extrême. Je fus appelé, vers le milieu du huitième mois, par M. Chartroule. A mon arrivée, le toucher me fit reconnaître le placenta inséré sur le col utérin. Un sang décoloré s'écoulait en abondance au dehors de la vulve, et l'affaiblissement croissait d'heure en heure; quelques douleurs molles, rares, avaient cependant assoupli et dilaté, en partie, le col, circon-

tampon n'avait pas déterminé la dilatation du col, il aurait certainement favorisé son amincissement, et alors il serait encore possible de recourir à la rupture des membranes, parce que, si cette rupture est inefficace, le col, quoique non dilaté ni dilatable, permettra en cas de danger pressant, de pratiquer l'accouchement forcé en incisant d'abord les côtés de cet orifice aminci.

Mais, pour obtenir ces résultats, il faut que le tampon reste appli-

stance qui avait augmenté l'hémorrhagie; les membranes étaient rompues. Que faire alors? Rester inactif? c'était vouer la malade à une mort certaine. Agir? mais le tampon n'était plus possible. L'extraction seule du produit pouvait être tentée, et, toutefois, c'était s'exposer à voir périr la malade dans une opération que son peu de vitalité ne lui permettrait pas de supporter. Cependant ce dernier parti était le seul qui pût être pris. Le seigle ergoté fut administré, les réfrigérants appliqués et la version pelvienne pratiquée rapidement et sans difficulté : l'enfant avait cessé de vivre, comme cela a toujours lieu en pareille circonstance. Le placenta, en partie détaché, fut extrait immédiatement, et l'utérus revint sur lui-même avec une certaine énergie. Madame M., dans un état de faiblesse presque syncopal, fut reportée sur son lit; on disposa sous elle des linges blancs, pour apprécier la quantité de sang qu'elle perdrait, et la compression de l'aorte fut immédiatement pratiquée. L'utérus resta énergiquement rétracté; quelques gouttes de sang s'échappèrent, à peine, par la vulve, et cependant la malade s'affaiblit de plus en plus; la voix s'éteignit; on vit paraître les angoisses observées par M. Négrier dans un des cas analogues, et, avec elles, tout l'effrayant cortége des symptômes précurseurs de la mort : une syncope ultime termina cette triste scène. La quantité de sang perdu en dernier lieu a été beaucoup trop minime pour pouvoir expliquer la mort chez une femme qui n'aurait pas été profondément affaiblie; il ne restait plus assez de sang dans l'économie pour entretenir le jeu des organes; la transfusion l'eût probablement sauvée.

Implantation, centre sur centre, du placenta sur l'orifice; version; mort de l'enfant; rétablissement rapide de la malade. — Madame C., cliente de M. Richelot, était parvenue au septième mois d'une première grossesse, lorsqu'elle fut prise d'une hémorrhagie légère que firent cesser le repos et les boissons froides. Quinze jours après, un nouvel écoulement fut promptement arrêté à l'aide des mêmes moyens. Enfin, à huit mois et demi, survint encore une hémorrhagie plus grave que les précédentes, et accompagnée de douleurs sourdes. A l'aide du speculum, nous appliquâmes le tampon aussi exactement que possible : l'hémorrhagie s'arrêta, mais les douleurs s'accrurent. Au bout de trois ou quatre heures, lorsque nous pensâmes que le col avait dû se modifier suffisamment sous l'influence des douleurs, nous retirâmes le tampon pour pratiquer la version. Un caillot considérable s'était formé à la partie supérieure du tampon, et, remplissant le segment inférieur de l'utérus, avait refoulé les membranes en haut. Il fallut donc, pour parvenir jusqu'à la tête de l'enfant, traverser le caillot épais, puis contourner le placenta pour arriver aux membranes. Cette disposition est celle qu'on rencontre toujours dans des cas de cette sorte; mais jamais je ne l'ai vue aussi prononcée qu'ici.

J'insiste sur ces détails, parce que, de prime abord, et au moment où elle pénètre, la main étonnée hésite jusqu'à ce qu'elle ait pu reconnaître les diverses parties qu'elle rencontre. La version fut rapide; mais l'enfant avait succombé, et la mère, notablement affaiblie, était dans un état de demi-syncope. Je fis immédiatement, et pendant environ une demi-heure, la compression de l'aorte. Madame C... se ranima bien-

qué au moins une heure ou deux, et qu'il ait sollicité d'assez vives contractions. Au reste, plus il restera appliqué longtemps, plus on sera certain de trouver le travail avancé. La durée de son application doit être basée sur l'état du col, au moment où l'on tamponne, et sur l'énergie des contractions pendant qu'il reste appliqué.

Malheureusement, c'est un moyen qui ne peut pas toujours être supporté par les femmes. Il détermine quelquefois sur la vessie et le rectum un sentiment de ténesme insupportable, et à peine est-il appliqué, que les femmes vous sollicitent avec instance de le retirer. Il faut cependant, dans les cas où le tampon est indispensable, les encourager à l'endurer quelque temps, en leur faisant envisager la nécessité de son application, et ne le retirer que si, par sa présence de-

tôt et ne ressentit aucune des angoisses décrites par M. Négrier. Le rétablissement fut rapide. Appelé en consultation pour ce cas auprès de cette dame, je dus refuser la proposition qu'elle me fit de lui donner de nouveau des soins dans une seconde grossesse; cette fois ce fut M. Danyau qui l'accoucha. Tout se passa naturellement dans ce second accouchement.

Implantation du placenta au voisinage de l'orifice; version; mort de l'enfant; compression de l'aorte; prompt rétablissement. — Madame ***, cliente de M. Lesaulnier, arrivée au terme d'une troisième grossesse, quinze ans après le second accouchement, fut prise d'une hémorrhagie utérine grave. En l'absence de M. Lesaulnier, M. le docteur Braive, chargé de le remplacer, me fit appeler. Lorsque j'arrivai, le col n'était ni dilaté ni dilatable; pour lui laisser le temps de se modifier, nous appliquâmes le tampon et nous passâmes la nuit auprès de la malade, en faisant usage des réfrigérants, et en administrant, de temps en temps, une petite dose de seigle ergoté. Vers le matin, jugeant, d'après l'intensité des douleurs et d'après leur continuité, que le col devait être suffisamment modifié, nous retirâmes le tampon et nous fîmes la version. L'enfant, comme toujours, avait succombé; mais loin de s'arrêter, l'hémorrhagie reprit une nouvelle intensité. Je délivrai la malade; je vidai l'utérus et le vagin et je me hâtai de comprimer l'aorte. Instantanément la perte s'arrêta, les lipothymies cessèrent, et, trois heures après, nous pûmes quitter madame ***, qui s'est promptement rétablie.

Nous passâmes, le docteur *** et moi, une nuit bien anxieuse; mais la reconnaissance de toute cette famille nous dédommagea bien des vives alarmes auxquelles nous avons été livrés, pendant les longues heures d'une nuit entière.

Implantation du placenta sur l'orifice; version; hémorrhagie utérine grave; compression de l'aorte; métro-péritonite; rétablissement complet. — Madame L., cliente de M. Bazin, enceinte pour la première fois à trente-cinq ans, fut prise, à terme, d'une hémorrhagie utérine grave qui avait pour cause une implantation du placenta sur l'orifice. Le col n'était ni dilaté ni dilatable; les membranes étaient intactes; aucune contraction ne s'était manifestée : il fallait donc s'opposer au cours du sang, administrer le seigle ergoté, puis attendre.

M. A. Belin avait bien voulu m'assister dans cet accouchement. Nous appliquâmes le tampon, à l'aide du petit ballon de caoutchouc de M. Gariel; nous donnâmes 1 gramme de seigle ergoté, et M. Belin resta toute la nuit en surveillance auprès de la malade. Sur le matin, nous trouvâmes le col suffisamment dilaté, et nous pûmes extraire, par la version, un enfant qui avait cessé de vivre. Cependant, après la déli-

venue intolérable, il faisait craindre des accidents encore plus graves que celui auquel on veut remédier, ce qui est heureusement fort rare. Les femmes supportent bien mieux le tamponnement fait avec le ballon de M. Gariel que le tampon ordinaire ; c'est là une circonstance bien précieuse. Je me suis étendu aussi sur le mode d'administration du seigle ergoté. Quant à la dilatation de l'orifice à l'aide des incisions latérales du col, M. P. Dubois les préfère de beaucoup à l'accouchement forcé ; mais elles ne peuvent être employées que dans le cas où le col non dilaté est cependant mince. Dans le cas, au contraire, où le col conserverait encore beaucoup de hauteur, ces incisions n'auraient aucun résultat avantageux. Ce professeur recommande aussi de ne pratiquer ces incisions que sur les parties latérales de

vrance, l'hémorrhagie utérine persistait avec intensité, je comprimai immédiatement l'aorte, et l'écoulement du sang fut instantanément suspendu. Il me fallut continuer la compression pendant une heure et demie, jusqu'à ce que la rétraction de l'utérus ait été déterminée par les réfrigérants et par quelques nouvelles doses de seigle ergoté.

Le huitième jour après l'accouchement, madame L. fut prise d'une métropéritonite, au milieu des circonstances les plus déplorables. Ainsi, au plus fort de sa maladie, elle eut la douleur de perdre son mari, qui succomba à une pneumonie, sous ses yeux mêmes. Cependant, madame Leb... guérit, et même son rétablissement fut assez facile et ne tarda pas à être complet.

Depuis la publication de la troisième édition, jusqu'en 1860, j'ai été appelé bien des fois dans des cas semblables. Aucune des femmes n'a succombé ; cette année, en l'espace de trois mois, j'ai été appelé rue des Singes par mon confrère, M. Jacquemin, pour une hémorrhagie des plus graves, causée par une implantation du placenta compliqué de l'engagement du bras accompagnant la tête. Le forceps fut appliqué ; la femme s'est rétablie.

Dans les deux autres cas les femmes succombèrent : l'une, parce qu'elle était exsangue lorsque j'arrivai ; rien ne put déterminer le retrait de l'utérus. Le galvanisme, administré par M. Carpentier, échoua ; il restait si peu de sang dans les vaisseaux que la compression de l'aorte ne put en maintenir, assez vers la partie supérieure du corps pour entretenir le jeu des organes nécessaires à la vie.

La femme succomba sans perdre une goutte de sang.

L'autre périt parce qu'on ne fit pas la compression de l'aorte. J'avais vu la femme en consultation dans l'après-midi. Elle était dans les conditions les plus favorables, et eût été infailliblement sauvée par la compression de l'aorte. Mais le confrère, un des plus distingués de Paris, en venant le lendemain m'annoncer le déplorable résultat, me dit qu'il n'avait pas usé de la compression parce qu'il avait été ébranlé par l'opinion de quelques médecins qui ont nié l'efficacité de ce moyen précieux ; cependant les détracteurs de ce procédé ne sont qu'au nombre de trois : l'un n'a jamais fait la compression de l'aorte qu'*in extremis ;* l'autre s'est fondé sur des données anatomiques seulement pour combattre la compression ; enfin comment espérer que le dernier qui défend la *syphilisation* et veut qu'on substitue à l'accouchement prématuré artificiel, *le régime de la diète et des saignées, espérant par là diminuer le volume des enfants*, puisse adopter un moyen aussi précieux ! (Voir l'article *Hémorrhagie après la délivrance.*)

l'orifice, et ce précepte est des plus importants. En effet, la vessie et le rectum pourraient être compromis par le prolongement de ces incisions, au moment de l'extraction du produit, si ces incisions avaient été faites en avant et en arrière. De plus, ces incisions ne doivent pas être profondes : il suffit d'atteindre les tissus de quelques lignes seulement, le passage de la main et celui de l'enfant feront le reste.

Pour pratiquer ces incisions, M. P. Dubois se servait d'un bistouri dont la lame courbe en forme de croissant, boutonnée à son extrémité, est fixée à un manche assez long; l'instrument est glissé sur le doigt indicateur de la main gauche, qui lui sert de guide, pour l'incision de droite comme pour celle de gauche. On peut également se servir d'un bistouri droit boutonné ; mais dans ce cas il faut avoir soin de garnir la lame d'une petite bandelette de linge, et de ne la laisser libre, que dans 2 ou 3 centimètres d'étendue, à son extrémité. Cette précaution est aussi indispensable dans l'intérêt des parties maternelles que dans celui du doigt de l'accoucheur.

Pour pratiquer ces incisions, je ne me sers que des ciseaux longs, courbes sur leurs bords. Ils rendent l'opération bien plus sûre et bien plus facile.

Pour les réfrigérants, je répéterai encore ce que j'ai dit à l'article *Avortement*, ils ne doivent pas être employés sur toute la surface du corps : les parties inférieures seulement doivent y être exposées, tandis qu'on réchauffe les parties supérieures pour maintenir le plus de sang possible dans les organes essentiels à la vie ; ce qui produit en même temps une action révulsive des plus utiles.

Quant à la rupture des membranes, elle ne doit être pratiquée, comme on le voit, que dans les cas où le col, quoique non encore dilaté ni dilatable, est cependant assez mince pour laisser espérer une dilatation prochaine. Si, au contraire, le col était épais et qu'il fallût un long temps pour que sa dilatation s'effectuât, voudrait mieux avoir de suite recours au tamponnement. En effet, je suppose que, le col utérin étant épais, on ait rompu les membranes sans arrêter l'hémorrhagie : l'état du col ne permettant pas de pénétrer dans l'utérus, la femme restera exposée aux dangers de l'hémorrhagie jusqu'à ce que la dilatation soit effectuée ; car on ne peut guère, dans ce cas, recourir au tamponnement, sous peine de substituer une perte interne à une perte externe. On ne pourrait, comme je l'ai dit, préférer le tampon à l'accouchement forcé, après la rupture des membranes, que dans le cas où l'utérus serait fortement contracté, quand il existe des contractions énergiques, et qu'il ne s'est écoulé de l'utérus qu'une très-petite quantité d'eau ; encore devra-t-on exercer une surveillance

active pendant son application et s'opposer au développement de la matrice par l'application d'un bandage et de compresses graduées, fortement appliquées sur le fond de cet organe.

Enfin, le tampon, même avant la rupture des membranes, ne devrait pas être appliqué dans le cas où l'on soupçonnerait un commencement d'hémorrhagie interne ; et de plus l'état de l'organe, même quand cette rupture des membranes n'aurait pas eu lieu, devrait être l'objet d'une active surveillance, et l'on devrait aussi prévenir son ampliation au moyen d'un bandage de corps.

ARTICLE V.

ÉCLAMPSIE PENDANT LE TRAVAIL.

J'ai dit en traitant de l'éclampsie pendant la grossesse quels étaient la nature, les causes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cet accident ; je n'ai donc plus à m'occuper que des modifications particulières que le travail apporte dans le pronostic et dans les indications à remplir.

Ainsi, comme pour l'hémorrhagie, le pronostic est d'autant plus fâcheux, que la dilatation de l'orifice et celle des parties externes seront moins avancées ; que l'expulsion spontanée ou l'extraction du produit sera ou moins prochaine ou moins praticable, et ici la gravité du pronostic s'applique bien plutôt à la mère qu'au produit, dont la vie est presque toujours compromise, longtemps avant qu'il soit possible d'agir. Cependant la terminaison de l'accouchement n'est pas toujours suivie, pour la mère, d'un résultat aussi immédiat que dans l'hémorrhagie ; le plus souvent, les convulsions durent encore après l'expulsion ou l'extraction de l'enfant : aussi cette extraction ne doit-elle pas être tentée à tout prix.

§ 1. — **Traitement.**

Le traitement consiste d'abord, *pendant l'accès*, comme je l'ai dit à l'article *Éclampsie pendant la grossesse*, à contenir la malade, à rentrer la langue pour qu'elle ne soit pas coupée, puis *après l'accès*, à mettre en usage tous les moyens généraux que j'ai longuement énumérés aussi (tels que saignées locales, saignées générales, lavements purgatifs, potions antispasmodiques, révulsifs sur les extrémités, etc., etc.), et surtout pendant qu'il met en usage tous ces moyens, l'accoucheur doit s'attacher à extraire le produit de la conception, si cette extraction est possible : c'est dans ce cas le remède

le plus sûr [1]. Mais cependant, comme je le dirai plus tard, cette opération ne doit être pratiquée que lorsque les moyens d'extraction sont compatibles avec le salut de la mère, sans quoi le remède serait pire que le mal. La violence que l'on serait obligé d'exercer aggraverait les accidents convulsifs.

Le traitement principal consiste dans l'extraction du produit, les procédés d'extraction varient suivant la fréquence, la durée des accès, et leur intensité; suivant aussi l'époque du travail auquel ces accès se manifestent.

TABLEAU SYNOPTIQUE

DU TRAITEMENT SPÉCIAL DES CONVULSIONS PENDANT LE TRAVAIL.

ÉCLAMPSIE.	Légère.	Col non dilaté, non dilatable, épais....	Membranes entières.....	Pratiquer immédiatement la rupture des membranes. La distension étant une des principales causes de l'éclampsie, on doit espérer de la faire cesser en vidant l'utérus en partie.
			Membranes rompues	Attendre.
		Col dilaté, dilatable.....		Confier l'expulsion à la nature, et ne pas administrer le seigle ergoté; il peut aggraver les accidents, et, de plus, il est complétement inutile, l'éclampsie déterminant d'elle-même, dans la plupart des cas, des contractions utérines très-énergiques.
	Grave..	Col non dilaté, non dilatable, épais.....	Membranes entières.....	Les rompre, attendre.
			Membranes rompues	On a conseillé l'*accouchement forcé;* mais ce moyen peut être souvent plus dangereux pour la mère que l'éclampsie elle-même; il vaut mieux s'en abstenir, à moins que la répétition des accès ne puisse faire craindre la mort immédiate.
		Col non dilaté, mais mince.	Membranes entières.....	Les rompre, attendre.
			Membranes rompues	Incisions sur les parties latérales de l'orifice, et extraire le produit par la version ou le forceps.
		Col dilaté ou dilatable	Membranes entières.....	Les rompre et extraire le produit.
			Membranes rompues	Extraire.

[1] Gyoux, *Éclampsie pendant le travail*. (*Gazette des hôpitaux*, 27 sept. 1860.)

Observation sur le traitement.

Dans la plupart des cas, on peut dire que les moyens curatifs généraux, et que le traitement spécial exposé dans le tableau précédent, donnent le plus souvent un résultat heureux pour la mère, mais bien moins favorable pour le produit.

Aussi, comme je l'ai dit à l'article *Éclampsie pendant la grossesse*, on ne doit pas à tout prix désemplir l'utérus pour sauver l'enfant, sa vie étant presque toujours compromise par les premiers accès, alors que le travail est trop peu avancé pour qu'on puisse pénétrer dans l'utérus, sans violences préjudiciables à la mère ; il faut se contenter de favoriser la dilatation du col par l'introduction de quelques doigts, et attendre l'expulsion de l'enfant. On a aussi conseillé dans ce cas l'extrait de belladone, dont on porte une petite quantité sur l'extrémité de l'index jusque dans le col utérin. Ce médicament, vanté par les accoucheurs anglais et par Chaussier, qui dit en avoir retiré de grands avantages, n'est cependant pas toujours exempt de danger. Ainsi, il suffit souvent d'une petite quantité de belladone pour produire des effets narcotiques fort à craindre dans une affection où la congestion cérébrale est presque constante.

Il est encore un moyen dont j'ai déjà parlé : c'est l'administration du tartre stibié, à une dose assez faible pour ne produire que des nausées. On attribuait, depuis longtemps, à ce médicament, la propriété d'accélérer la dilatation de l'orifice, lorsque M. Collins [1] en a fait une application spéciale dans l'éclampsie ; il le regarde en outre comme sédatif du système nerveux. C'est un moyen à tenter, mais, je crois, sans y devoir compter beaucoup.

Le seigle ergoté ne serait indiqué que dans le cas presque impossible à admettre, où il n'y aurait pas de contractions utérines.

Mais si les accès étaient tellement répétés et rapprochés, que la mort de la mère parût imminente, comme dans le fait rapporté par M. Stoltz, il ne faudrait pas s'en tenir à ces moyens; mais tenter en faveur de la mère le moyen sur lequel on doit le plus compter, vider l'utérus.

M. Pietra-Santa est aussi très-partisan de l'intervention.

Dans ce cas, comme on l'a vu dans le tableau, je ne conseille l'accouchement forcé, que je regarde en effet comme bien plus propre à aggraver les accidents éclamptiques qu'à les faire cesser, que dans le cas où, la mort de la mère étant imminente, le col est épais. Je

[1] *Union médicale*, 10 août 1852.

préfère de beaucoup les incisions multiples de l'orifice utérin, si l'orifice est mince et surtout si la tête est assez basse pour qu'après ces incisions on puisse la saisir facilement avec le forceps ; mais si l'orifice est épais, elles n'auront pas assez d'effet pour dispenser d'employer encore une certaine violence pour pénétrer dans l'utérus.

On peut objecter, à cette pratique, cette considération si souvent émise : « Mais l'expulsion ou l'extraction du produit ne fait pas tou-« jours cesser l'éclampsie. »

Cela est vrai quelquefois. Ainsi, il m'est arrivé, comme je l'ai dit avec M. Devilliers fils, de constater, chez une femme, 27 accès d'éclampsie après l'accouchement.

Une seconde fois, avec M. Boulard fils, j'en ai vu se produire 30 et quelques accès; le même nombre environ s'est manifesté chez une autre malade de la Villette que j'ai vue avec M. Belin ; enfin, j'ai observé 3 accès, après l'extraction de deux jumeaux, dans un fait que j'ai observé dernièrement avec MM. Charrier et Gendrin [1].

Toutes ces femmes se sont parfaitement rétablies, et les enfants ont survécu.

[1] La mère de madame J. S. vint une nuit, tout éplorée, me chercher, pour me conduire auprès de sa fille assistée par notre si excellent confrère M. Charrier, de si regrettable mémoire. Cette dame était dans l'état comateux qui avait suivi l'unique accès d'éclampsie qu'elle avait eu. La dilatation était complète, et sans perdre de temps, j'enlevai successivement, avec le forceps, deux jumeaux vivants ; un seul a survécu : c'est un bel enfant de huit ans. Le second, exposé à l'air par la nourrice, succomba quelques jours après sa naissance, à un endurcissement du tissu cellulaire.

Madame J. S. ne reprit connaissance que trente-six heures après. M. Gendrin lui continua ses soins conjointement avec M. Charrier.

Devenue enceinte de nouveau, en 1852, je l'assistai et je surveillai attentivement le travail dès son début. Tout se passa bien jusqu'aux douleurs préparantes; mais quand elles se manifestèrent, je constatai des symptômes qui me firent concevoir quelques inquiétudes.

La tête était pesante, la vue moins nette. Ces douleurs préparantes étaient extrêmement vives ; je les atténuai avec quelques légères inspirations de chloroforme, et à partir de ce moment les symptômes alarmants disparurent ; mais dès que la tête fut engagée et facilement accessible, je procédai à l'extraction de l'enfant avec le forceps. Tout se passa au gré de nos désirs; madame J. S. et son enfant se portent admirablement.

Une autre de mes clientes, dont M. Triboulet est le médecin, dans trois couches successives, présenta invariablement, à la même époque du travail, au moment où les douleurs préparantes sont dans leur acuïté la plus vive, les symptômes précurseurs de l'éclampsie les plus alarmants, l'abolition complète de la vision, et un état d'angoisse inexprimable.

Toutes les trois fois je suis allé prendre l'enfant au détroit supérieur avec le forceps ; les accidents disparurent immédiatement. La mère s'est toujours rétablie sans le plus léger accès de fièvre, et les enfants ont été extraits forts et bien portants

Jusqu'à ce jour, sur 19 cas d'éclampsie que j'ai rencontrés, je n'ai perdu qu'une seule femme, et justement dans un cas où l'intervention avait été différée par des circonstances indépendantes de la volonté de M. Belin et de la mienne.

Ces résultats me paraissent concluants en faveur de l'intervention.

En effet, de ce que l'éclampsie ne cesse pas toujours immédiatement après l'intervention, doit-on inférer qu'il ne faut pas intervenir? Non, sans doute; quelles que soient d'ailleurs les prédispositions à cette terrible maladie, comme la grossesse et l'état puerpéral sont la cause première de l'éclampsie, en faisant cesser la grossesse, on met fin, le plus souvent, à l'éclampsie, sinon immédiatement, du moins dans un temps beaucoup plus rapproché que si l'on n'intervenait pas.

Donc, en supposant que l'éclampsie persiste en vertu de l'impulsion donnée (si je puis m'exprimer ainsi) à l'organisme, impulsion qui persiste après la cessation de la grossesse, plus tôt on interviendra, plus tôt on arrivera au moment où cette impulsion cessera d'agir et où la femme jouira du bénéfice de la cessation de la grossesse.

Maintenant, il est une question prophylactique sur laquelle j'ai, le premier, éveillé l'attention des accoucheurs.

J'ai dit que, quelles que soient les prédispositions à l'éclampsie, albuminurie, infiltration, etc., etc., il arrive heureusement très-souvent que l'éclampsie ne se manifeste pas si le travail est rapide, facile et peu douloureux; tandis que, ces prédispositions existant, s'il arrive que le travail soit long et opiniâtre, et surtout si la matrice a des obstacles sérieux à surmonter, l'invasion du premier accès a lieu bien souvent au moment de ces douleurs si vives, si agaçantes, si difficilement supportées, et qui impressionnent si énergiquement le système nerveux, douleurs qui signalent et déterminent la dilatation du col utérin ou qui résultent des efforts impuissants de l'utérus.

Atténuez la douleur, rendez-la supportable, et vous éviterez très-probablement l'éclampsie.

C'est ici que les agents anesthésiques, qu'*on a tant discrédités en France par l'abus qu'on en a fait dans les cas qui n'en nécessitaient pas l'emploi, et qu'à cause de cela seulement je ne mets en usage dans l'accouchement naturel qu'exceptionnellement,* peuvent rendre un service signalé.

Le chloroforme, administré à petite dose, sans faire perdre connaissance à la femme, ne fournirait-il pas un moyen précieux et tout à fait inoffensif d'atteindre ce but?

Cette pratique, qui me paraît toute rationnelle dans les cas où il y a prédisposition à l'éclampsie, devrait être, selon moi, la règle de conduite de l'accoucheur toutes les fois que les douleurs préparantes seraient difficilement supportées, lors même qu'il n'existerait aucune prédisposition apparente, en l'absence même de l'albuminurie; car j'ai vu l'éclampsie se manifester dans des cas où l'albuminurie ne pouvait être soupçonnée et n'a été reconnue qu'après l'événement.

Mais comment oser recourir au chloroforme dans une maladie qui peut faire périr la femme en quelques minutes, quand on sait que tout ce qui peut arriver de fâcheux, soit à la mère soit à l'enfant, est attribué à cet agent, et par conséquent à celui qui l'aura administré?

Un jeune médecin oserait-il risquer dans un cas aussi grave tout son avenir, celui de sa famille? Il n'y a pas lieu de l'espérer de longtemps.

Depuis que j'ai publié cette note, M. le docteur C. Braun, professeur d'accouchement, à Trient, a dit [1] :

« Les résultats obtenus par l'application des inhalations de chlo-
« roforme dans le traitement de l'éclampsie puerpérale surpassent
« toutes les espérances qu'on avait pu concevoir. Nous avions re-
« cours aux inspirations de la vapeur anesthésique dans toutes les
« convulsions, au moment où survenaient les signes prodromiques
« de l'attaque, tels que l'inquiétude générale, la roideur graduelle-
« ment croissante des muscles des bras. Les inspirations, faites au
« moyen de l'appareil de Vidal ou d'un mouchoir humecté de chlo-
« roforme, étaient continuées jusqu'à ce que les signes prodromi-
« ques de l'attaque eussent disparu et fait place à un sommeil
« calme, ce qui arrivait, en général, au bout d'une demi-minute à
« une minute. Lorsqu'il n'était plus possible de couper un accès, on
« continuait néanmoins la chloroformisation pendant l'accès, dans le
« but de diminuer son intensité, en ayant soin de la suspendre dès le
« début de l'état comateux, afin de laisser à l'air pur un libre accès
« aux poumons. On peut même continuer les inhalations lorsque l'oc-
« clusion du pharynx ne permet plus de porter de médicaments jus-
« que dans l'estomac, ou qu'un râle trachéal intense annonce d'une
« manière manifeste le commencement d'un œdème pulmonaire.

« Le plus souvent nous avons réussi au moyen du chloroforme à
« couper les accès, et sur sept femmes nous n'en avons perdu aucune
« dans le cours de l'attaque ou sous l'influence d'un fièvre puerpérale
« ultérieurement développée. L'anesthésie nous permettant dans

[1] Chiari, Braun und Spaeth, *Klinik der Geburtshülfe und Gynœkologie.* Erlangen, 1855.

« tous les cas de terminer rapidement l'accouchement, nous avons « vu naître sept enfants vivants; preuve manifeste de l'innocuité de « cet agent anesthésique sur la vie des enfants. La quantité de chlo- « roforme inspiré par chaque malade variait de 16 à 32 grammes. « Nous ne pouvons donc que partager les opinions émises sur la va- « leur de ce mode de traitement par MM. Simpson[1], Channing[2], « Sediwick en 1840, Kiwisch, Scanzoni [3], en 1851, et enfin par « M. Leudet fils. »

Le docteur Meisinger a publié une observation qui vient à l'appui des recherches antérieures.

Obs. — Une femme de vingt-huit ans entre le 2 septembre 1854 à la maison d'accouchements de Linz. Dans la nuit du même jour, à onze heures, elle accouche d'un enfant sain, à terme. Trois heures après l'accouchement on voit survenir des vomissements, de la diarrhée, de la douleur de tête et des attaques convulsives intenses. L'urine ne contenait pas d'albumine. Le traitement par les lavements opiacés, la strychnine, les applications de glace sur la tête demeurèrent sans efficacité. Les attaques se répétèrent dans la journée du 3 septembre, à intervalles de trois quarts d'heure. Au bout de dix-huit heures on eut recours à une saignée du bras. Les accès devinrent plus fréquents. Dans la nuit du 3 au 4, j'eus recours à la chloroformisation ; le premier accès fut coupé. Trois fois par ce moyen j'arrêtai l'accès dans l'espace d'une heure et demie. Le sommeil survint. Le 5 la malade était encore un peu assoupie ; le 6 elle ne présentait aucune trace d'éclampsie. La guérison fut parfaite[4].

Quant au procédé d'extraction, il varie, bien entendu, suivant que la tête a ou non franchi l'orifice, et aussi avant qu'elle l'ait franchi, suivant qu'elle est plus ou moins basse.

Quand la tête élevée n'a pas encore franchi l'orifice, c'est à la version pelvienne qu'il faut donner la préférence ; mais si la tête était déjà assez abaissée, quoique n'ayant pas franchi l'orifice, il serait bien plus utile à la malade d'appliquer le forceps, le procédé d'extraction étant de nature à déterminer beaucoup moins d'irritation vers l'utérus, que la version pelvienne. A plus forte raison ne devra-t-on recourir qu'au forceps, dans le cas où la tête aura franchi l'orifice : la version d'ailleurs serait impossible.

[1] *Anæsthesia, or the employment of chloroform and ether in midwifery*, Philadelphie, 1849, p. 207.

[2] *A treatise on etherisation in childbirth*. Boston, 1848, p. 101, 254 et 261.

[3] *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, trad. par le docteur H. Dor et A. Socin. Paris, 1858, in-8.

[4] *Wiener Wochenschrift, Gaz. hebd.*

Les observations que j'ai pu faire, tant en ville qu'à la Clinique, sur treize cas d'éclampsie, jusqu'en 1845, et sur les cas que j'ai pu observer depuis, m'ont mis à même de constater ce que je viens d'avancer. J'ai pu aussi faire d'autres remarques dont le détail ne manque pas d'intérêt.

Dans le courant de novembre 1841, je fus appelé par M. le docteur Clair, et une sage-femme de mon voisinage, auprès d'une femme primipare qui était atteinte de convulsions ; elle n'avait encore eu que trois accès. Quand j'arrivai, la femme était dans un état comateux qui avait succédé au troisième accès; l'enfant était vivant; il était important d'agir promptement; la tête, fort heureusement engagée dans l'excavation, avait presque complété son mouvement de rotation ; l'occiput était cependant encore un peu à gauche. L'application du forceps fut très-facile (je commençai par la branche à pivot); l'enfant, du sexe féminin, fut extrait vivant ; il s'est depuis très-bien porté. Quant à la mère, elle fut reprise d'une série d'accès éclamptiques très-rapprochés, pendant toute la journée du lendemain, malgré les soins de mon ami le docteur Devilliers, auquel j'avais confié la malade. La deuxième nuit se passa dans un état de délire furieux, auquel succéda un coma profond, dont la malade ne sortit que le lendemain matin. Depuis elle s'est complétement rétablie.

Dans ce cas, la terminaison de l'accouchement a pu sauver l'enfant, mais elle n'a pas empêché l'éclampsie de persister, de s'aggraver même. Sur les onze autres cas observés à la Clinique [1], j'ai constaté sept fois le même effet. De plus, j'ai aussi pu observer que sur les treize femmes, neuf étaient primipares, sept infiltrées, deux enceintes de jumeaux ; une fut atteinte pendant la grossesse, dix pendant le travail, deux après l'accouchement, une à cinq mois, une à sept mois, trois à huit mois, huit à terme. Chez trois seulement, des signes précurseurs purent être observés ; sur huit, le forceps fut appliqué ; sur une, on pratiqua l'extraction manuelle ; quatre se délivrèrent spontanément; deux seulement succombèrent; il périt neuf enfants; un vint au monde putréfié, deux vivants.

Comme on le voit, la mort du produit est un accident presque inévitable dans ce cas. C'est ce qui eut lieu aussi dans une observation qui vient de m'être communiquée par M. le docteur Ameuille, et dans laquelle la mère guérit ; l'enfant, qui avait cessé de vivre

[1] Biron, f. Prunet; Cossard, f. Jaquin; Bourson, f. Judaine; Nachon, Geoffroi, f. Herbaux, Lessort, Raboutet (Bl., M. M., 14 septembre 1840). (27 septembre 1840.)

dès le début de la maladie, ne fut expulsé spontanément que quinze jours après la guérison.

M. Demolins, de Marseille, fut plus heureux ; il put extraire deux enfants vivants à terme, par l'accouchement forcé, et voir la mère se rétablir.

M. le docteur Boulard fils me fit appeler dans un cas semblable des plus intéressants. En voici l'observation. Je laisse parler cet honorable confrère.

« Madame H..., primipare, vingt et un ans, forte, tempérament lymphatique.

« Menstruation difficile avant la grossesse. L'écoulement du flux menstruel était chaque fois précédé de coliques très-violentes qui mettaient cette dame dans un état très-pénible.

« Tout alla bien pendant la grossesse. Vers le dernier mois, un peu d'œdème aux membres inférieurs.

« Le 6 juin 1851, vers le soir, premières douleurs, qui durent toute la nuit sans être très-intenses.

« Le 7, vers cinq heures du matin, elles deviennent plus fréquentes, plus fortes, le travail marche bien, et tout semble présager un heureux résultat. A huit heures et demie, un premier accès d'éclampsie épileptiforme de dix minutes environ de durée. L'accoucheur présent, proche parent de la malade, pratique une *petite* saignée. La malade reprend connaissance ; les douleurs reviennent fortes et régulières. La tête de l'enfant apparaît au couronnement.

« Je fus appelé en ce moment : je proposai d'appliquer aussitôt le forceps ; l'accoucheur s'y refusa.

« 9 heures. — Deuxième accès : durée, un quart d'heure. La malade reprend encore connaissance ; les douleurs reparaissent, et expulsent enfin un enfant vivant assez volumineux, du sexe féminin, que l'accoucheur s'était de nouveau refusé à extraire par le forceps.

« 9 heures et demie environ. — Troisième accès : alors, sur mes instances presque impératives, la délivrance est opérée.

« Calme pendant une heure environ. A partir de ce moment, douze accès nouveaux qui se succèdent jusqu'au soir, à six heures, en s'éloignant petit à petit les unes des autres et en diminuant d'intensité. En tout, quinze accès, dont trois plus forts, plus longs *pendant le travail.*

« Dans la journée, perte complète de connaissance, ronflement apoplectique ; l'écoulement de sang, d'abord normal, a complétement cessé.

« Le soir, à sept heures et demie, prostration extrême, pouls et murmure respiratoire imperceptibles, battements du cœur à grand'-

peine appréciables ; insensibilité absolue, résolution complète : peau froide : en un mot, état de mort apparente, aussi complet que possible. Dix vésicatoires à l'eau bouillante sont appliqués en deux reprises. (J'aurais préféré l'ammoniaque qui, suivant moi, eût peut-être agi aussi énergiquement, sans exposer à la formation d'escarres profondes ; mon avis ne prévalut pas, et je dus me ranger à l'opinion opposée que partageait l'accoucheur, auquel s'était adjoint M. le docteur Cissey, ami de la famille ; je cédai d'autant plus facilement que le temps pressait, les minutes se comptaient !) Les sinapismes, appliqués le matin, avaient été suspendus ensuite, parce qu'ils avaient semblé irriter et rappeler les accès ; on y a de nouveau recours.

« Sous l'influence de deux applications d'eau bouillante sur les côtés de la poitrine, la malade semble se réveiller et fait un faible mouvement.

« A onze heures, consultation entre MM. les docteurs Chailly-Honoré, Cissey, Graiby et moi.

« Le pouls commence à pouvoir être perçu ; même état général. Glace sur la tête. Vastes cataplasmes enveloppant les membres inférieurs.

« Depuis ce moment, l'état de la malade s'est amélioré graduellement; la guérison a été complète au bout de deux mois, à part la perte de mémoire qui a persisté pendant un temps assez long. »

ARTICLE VI.

RUPTURE DE L'UTÉRUS.

L'accident le plus formidable qui puisse atteindre la femme dans l'état puerpéral est la rupture de l'utérus ; il est quelquefois suivi de la mort immédiate.

L'utérus peut se rompre dans son fond ou dans sa partie sus-vaginale.

§ 1. — Causes.

Toutes les circonstances qui peuvent augmenter la distension ou diminuer la résistance des parois de l'utérus doivent être regardées comme causes prédisposantes. Ainsi la grossesse gémellaire, l'hydropisie de l'amnios, l'affaiblissement de certaines parties de l'organe, sans causes connues, ou déterminées par des altérations gangréneuses, par l'atrophie, l'apoplexie, l'inflammation aiguë ou chronique de l'organe, la dégénérescence squirrheuse.

Les causes efficientes sont : les contractions de l'utérus, qui s'exercent avec énergie pour vaincre un obstacle mécanique à l'accouchement, tel que le rétrécissement du bassin, la présentation vicieuse du produit. Les lésions par causes externes, sont les chutes, les coups, les blessures ; enfin, les lésions de causes internes, parmi lesquelles on doit placer au premier rang les manœuvres obstétricales mal dirigées, surtout l'introduction des branches du forceps et du céphalotribe. Que de fois, en effet, cette dernière circonstance a causé la mort de femmes qui auraient survécu dans des mains habiles ! M. Voillemier a pu constater une fois à l'autopsie l'arrachement des deux tiers inférieurs de l'utérus, après l'application du céphalotribe. Un ancien interne des hôpitaux a pu aussi constater deux fois le même résultat, à la suite de l'emploi du même instrument. Qu'on s'étonne, après cela, que des opérateurs inhabiles aient proscrit cet instrument, pourtant si précieux quand il est bien dirigé. J'ai cité à la fin de cet ouvrage, à l'article *Lésions des organes*, plusieurs faits de ce genre, recueillis à la Maternité par MM. Péreira et Lasserre, internes de la Maternité de Paris [1], et par M. Triquet, interne de M. Honoré à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'opérations pratiquées par M. Danyau.

Cependant il ne faut pas toujours attribuer à l'impéritie de semblables désordres.

M. Dubois, qui veut que ses propres malheurs servent à l'instruction de tous, a rapporté à ce propos, avec cette bonne foi si rare, le cas d'une femme chez laquelle il dut aller à la recherche des pieds pour terminer l'accouchement. Dans cette manœuvre, il fit un effort un peu trop violent ; il eut aussitôt la sensation d'un craquement, puis la résistance, jusque-là énorme, cessa : l'accouchement se fit sans difficulté, mais la malade mourut, et, à l'autopsie, on trouva une crevasse à la partie antérieure et inférieure de l'utérus qui s'était rompu [2].

M. Delmas, de Montpellier, a eu aussi l'occasion d'observer cette rupture à la suite de l'administration intempestive du seigle ergoté.

§ 2. — Symptômes.

Tout à coup la femme pousse un cri perçant ; elle accuse dans le lieu où s'est opérée la rupture une douleur des plus intenses, semblable à une crampe ; elle pâlit, le pouls se déprime et devient presque insensible ; à cet état d'angoisse inexprimable succède

[1] *Archives générales de médecine*, 4e série, février 1843.
[2] *Journal des connaissances médicales*, 10 novembre 1854.

bientôt un engourdissement général, et la femme s'évanouit. Les contractions cessent tout à coup, l'abdomen est devenu souple, dépressible : souvent on ne sent plus à la même hauteur le fond de l'utérus, on sent à sa place les parties fœtales, tandis que l'utérus, plus ou moins rétracté, s'est abaissé dans la région hypogastrique.

Par le toucher, si la poche des eaux était intacte et bombait avant l'accident, on constate qu'elle est flasque, sans cependant que des eaux se soient écoulées; on constate aussi que la partie fœtale qui occupait le détroit supérieur ne s'y présente plus; quant à sentir à travers le cul-de-sac du vagin les parties fœtales déplacées, cela me paraît impossible dans la plupart des cas. Mais si la dilatation de l'orifice permet l'introduction de la main dans la cavité de l'utérus, cette main y constate souvent l'absence totale du produit qui a été remplacé par des anses intestinales, et le retrait plus ou moins énergique de l'utérus ; mais, le plus souvent, quelques parties fœtales sont encore contenues dans la cavité de l'organe, et l'on peut suivre à travers la crevasse celles qui se sont échappées dans la cavité abdominale.

Cependant, si les liquides s'épanchent seuls dans la cavité péritonéale, que le fœtus ne soit pas déplacé, la fissure de l'organe se resserre par suite de sa rétraction, et le toucher ne peut plus éclairer la question ; mais les phénomènes extérieurs et la mort rapide, qui alors est déterminée par l'hémorrhagie, suffisent dans ce cas pour établir un diagnostic que l'autopsie vient confirmer. Le docteur Mac Clintock a fait connaître, à la Société d'obstétrique de Dublin [1], un nouveau signe de la rupture de l'utérus et du vagin : il consiste dans un emphysème du tissu cellulaire sous-cutané de la région hypogastrique, état qui lui fut révélé par le stéthoscope appliqué dans le but d'ausculter les bruits du cœur de l'enfant en l'absence des autres symptômes.

§ 3. — **Pronostic.**

Le pronostic des ruptures de l'utérus est des plus graves, quelquefois cet accident est suivi de la mort instantanée, mais le plus ordinairement la mort n'arrive qu'au bout de quelques heures, à la suite de l'hémorrhagie ou d'une péritonite foudroyante. Cet accident est plus grave avant qu'après la rupture des membranes; en effet, après l'écoulement des eaux, on ne craint plus leur épanchement dans la cavité du péritoine ; le sang qui est fourni par la blessure ou le décollement du placenta peut seul s'y épancher.

[1] *Union médicale*, 9 octobre 1858.

Il arrive quelquefois que ni l'hémorrhagie ni la péritonite ne font périr la femme dans les premières heures ; la mort n'arrive alors que quelques jours après l'accident, et elle est déterminée par l'inflammation du péritoine, inflammation d'autant plus intense que l'épanchement est plus considérable. Je raisonne, bien entendu, dans la supposition que le produit et ses annexes, s'ils étaient passés dans la cavité du péritoine, auraient été extraits par les voies naturelles en les faisant repasser soit par l'utérus, soit par la gastrotomie. En effet, à moins que la femme ne soit privée de tout secours, jamais les corps étrangers ne doivent être laissés dans la cavité péritonéale.

La mort peut être aussi déterminée par l'étranglement d'une anse intestinale, dont l'engagement, à travers la crevasse, aura été méconnue, comme dans le fait rapporté par M. Deneux.

Cependant, quelques femmes ont pu se soustraire à ces dangers. M. P. Dubois fut un jour mandé à la Maternité pour un cas semblable; la malade, mère de sept enfants, était depuis une heure seulement à la salle d'accouchement, quand tout à coup elle poussa un cri perçant et se plaignit d'une douleur violente dans le côté droit.

La face pâlit, se décomposa subitement, les yeux se ternirent, le pouls se déprima, et la tête, qui se présentait avant l'orifice utérin, cessa d'être accessible. M. P. Dubois fit la version, mais il fut obligé d'aller chercher les pieds dans la cavité abdominale; l'évolution se fit sans difficulté. Après l'extraction du produit, il introduisit la main de nouveau; il pénétra plus avant dans la cavité du péritoine, et repoussa même quelques anses intestinales qui tendaient à s'engager dans l'ouverture.

Le quinzième jour, la malade était sortie guérie.

Je ne fus pas aussi heureux dans un cas semblable, que j'observai au Raincy avec mon ami le docteur Faivre. Les intestins, passés aussi à travers la crevasse, avaient été ramenés dans la cavité utérine; mais la malade succomba trois jours après l'accident.

L'*Abeille médicale* a enregistré deux cas de guérison après cet accident : l'un a été observé par M. Robiquet, et avait été communiqué par cet honorable confrère à la Société de médecine de Gand; l'autre, par M. Heugel, médecin à Hilversum : la rupture avait eu lieu pendant des tentatives de *répulsion du bras* [1] dans une présentation de l'épaule. M. Debout a rapporté, d'après M. Mazière, un fait de guérison dans un accident semblable, et dans lequel l'enfant avait du être extrait par la gastrotomie [2].

[1] Jamais cette répulsion ne doit être tentée.

[2] *Bulletin général de thérapeutique*, 30 novembre 1853.

M. Stoltz a consigné[1] un cas de rupture utérine, dans lequel l'œuf entier était passé à terme dans la cavité utérine ; la femme succomba immédiatement, l'enfant fut extrait mort par l'autopsie. Cette femme était à sa huitième grossesse, et cette circonstance, jointe à un travail laborieux, suffit à mon sens pour expliquer la rupture de l'utérus, sans qu'il soit nécessaire d'en accuser la sage-femme, bien que la femme se soit plainte d'une douleur éprouvée pendant le toucher : ces plaintes de la part des femmes, pour peu qu'il y ait de sensibilité de la vulve, du vagin ou du col, sont si communes.

§ 4. — Traitement.

La rupture de l'utérus n'est grave que par les accidents fâcheux qui en sont la conséquence, et qui résultent de l'épanchement du liquide amniotique et du sang dans la cavité de l'organe, et de là dans le péritoine. L'accoucheur, aussitôt qu'il a reconnu l'accident, doit extraire immédiatement le fœtus, afin de permettre le retrait de l'utérus, et, par suite, la réunion de la solution de continuité, en se conformant d'ailleurs aux règles suivantes :

1° Si les parties fœtales ne sont pas déplacées, on devra les extraire au moyen de la version ou du forceps ; dans le cas de rétrécissement du détroit supérieur, ou d'excès de volume du produit, la vie de la mère étant presque à coup sûr compromise, on devra pratiquer la gastrotomie pour extraire l'enfant s'il est vivant ; s'il avait cessé de vivre, ou si l'on redoutait pour lui qu'il ne soit pas viable, on réduirait le volume des parties fœtales pour les extraire.

2° Quand le produit en entier est passé dans la cavité péritonéale, on doit l'y aller chercher au travers de la déchirure pour l'extraire par les voies naturelles, et, dans le cas où l'orifice de l'utérus ne serait ni dilaté, ni dilatable, il faudrait pratiquer des incisions multiples sur les côtés de cet orifice et pénétrer dans l'utérus ; si la rétraction de l'organe s'oppose au passage de la main à travers l'orifice, et à travers la rupture de l'utérus, la gastrotomie est seule praticable.

3° Quand une partie de l'enfant est encore contenue dans l'utérus, si ce sont les pieds, c'est sur eux qu'il faut agir pour extraire le produit. Si ces parties étaient passées dans la cavité péritonéale, la main les irait chercher, et jamais, dans ce cas, la rétraction de l'utérus ne sera assez énergique pour empêcher la main, quand elle a pénétré dans cet organe, de suivre les parties de l'enfant à travers la rupture que ces parties tiendront béante. Je ne comprends donc pas, à ce sujet, qu'on ait pu sérieusement donner, dans une publication

[1] *Gazette de Strasbourg*, 20 juillet 1849.

toute récente, le précepte d'introduire dans l'utérus la main armée d'un bistouri, pour aller agrandir la déchirure de l'organe, et pour se frayer un passage jusque dans la cavité du péritoine !

Jusqu'à ce jour il n'était venu à la pensée d'aucun auteur de supposer que cette difficulté pût se rencontrer ; et certes il serait bien impossible de citer un seul cas où ce procédé ait été mis en usage ; cette opinion, partagée par tous les praticiens, M. Villeneuve l'a professée en présence de l'Académie avec adhésion universelle [1].

En effet, je le répète, jamais la rétraction utérine ne sera assez énergique pour empêcher la main de tirer sur les parties fœtales comprises dans la crevasse, ou pour s'opposer à l'introduction de la main à travers cette crevasse.

Pourquoi donc supposer une difficulté qui ne peut se rencontrer, et se créer un fantôme pour le combattre. Mais j'admets pour un moment que cette résistance ne puisse être vaincue par la main : qui oserait alors introduire un bistouri dans l'utérus pour agrandir la plaie de cet organe ?

Si cette opération était possible, le remède ne serait-il pas plus grave que le mal ? Qui peut calculer, en effet, les désordres que l'instrument pourrait produire dans ce cas, désordres plus graves, à mon sens, que l'opération césarienne, si cela est possible? Pour moi, je regarderais l'opération césarienne comme seule applicable dans un cas semblable ; pour l'enfant, elle permettrait de l'extraire vivant bien mieux qu'on ne le ferait par les voies naturelles ; pour la mère elle-même, l'opération, en donnant issue aux liquides épanchés, lui laisserait encore quelques chances de salut.

Mais, je le répète, cet incroyable conseil n'est basé que sur la supposition d'une rétraction trop énergique qui ne pourrait se réaliser que si tout le produit s'était échappé de l'utérus dans la cavité péritonéale ; dans ce cas, en effet, le retrait de l'utérus pourra être certainement assez énergique pour s'opposer à l'introduction de la main et à l'extraction des parties fœtales par les voies naturelles. Mais ici encore le débridement ne peut être raisonnablement proposé, et chacun comprendra que l'opération césarienne peut seule être pratiquée dans cette circonstance.

Dans tous les cas, après l'extraction du produit, la main doit être introduite dans l'utérus pour extraire les caillots et le sang contenus dans le péritoine, au voisinage de la solution de continuité, pour s'assurer que l'intestin ne fait pas hernie à travers la déchirure, et pour le réduire dans le cas où cela aurait lieu.

[1] *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. VIII, p. 1225.

Après cette réduction, la main doit être tenue dans la cavité utérine, jusqu'à ce que cet organe soit assez rétracté pour qu'on ne puisse plus craindre de nouveau le même accident.

Le reste du traitement rentre dans celui de l'hémorrhagie utérine et de la péritonite.

ARTICLE VII.

RUPTURE DU VAGIN.

La rupture du vagin est un accident moins souvent et moins immédiatement mortel que le précédent. Cependant, si cette rupture s'effectue à la partie supérieure, au voisinage de l'insertion utérine, elle peut donner lieu à des accidents aussi fâcheux que ceux qui sont déterminés par la rupture de l'utérus : au contraire, les déchirures qui intéressent la partie moyenne et inférieure de ce canal, les fistules ou perforations vésico et recto-vaginales, ne sont pas, en général, de nature à compromettre l'existence physique de la malade, mais elles détruisent toute sa vie morale. Je m'occuperai de ces accidents, qui ne réclament pas une intervention immédiate pendant le travail, au chapitre des *Suites de couches*.

Déchirures de la partie supérieure du vagin, ou désunion des rapports naturels qui l'unissent à l'utérus.

A. Causes. — Le passage des parties fœtales, dans des cas de disproportion du produit avec le bassin, l'application du forceps, dont les branches ont été mal guidées et qui ont perforé le cul-de-sac du vagin et du péritoine, la répulsion [1] trop brusque, trop énergique des parties de l'enfant au moment où l'on pénètre dans l'utérus pour pratiquer la version, quand, surtout, on n'a pas eu la précaution de maintenir le fond de l'organe avec l'autre main appliquée extérieurement.

J'ai plusieurs fois constaté de semblables désordres dans les autopsies faites dans le service de M. Honoré, à l'Hôtel-Dieu, après des applications de forceps et de céphalotribe. Les observations ont été conservées dans les notes laissées par ce praticien si distingué [2].

B. La rupture de la partie supérieure du vagin est signalée par les

[1] Cette répulsion ne doit jamais être faite qu'avec lenteur et ménagement. Dans la plupart des cas même, surtout dans les présentations de l'épaule, la main pourra pénétrer dans l'utérus, entre le détroit supérieur et les parties qui s'y engagent, sans opérer cette répulsion.

[2] Voyez aussi les faits recueillis à la Maternité, par MM. Pereira et Lasserre (*Archives générales de médecine*, 4e série, t. I, janvier 1843.)

mêmes phénomènes que ceux qui permettent de constater une rupture de l'utérus ; seulement ces accidents sont moins intenses, quelquefois même la douleur produite par la déchirure est si peu vive, qu'elle se confond avec celle que détermine la contraction de l'organe.

Si la rupture a lieu à la partie postérieure et supérieure du vagin, le produit peut aussi passer en partie dans la cavité péritonéale ; le péritoine descendant, dans cet endroit, plus bas que l'insertion du col, l'organe remonte, et abandonne les parties fœtales. Ainsi, quand la tête est engagée dans l'excavation, et maintient la partie inférieure du vagin, si une rupture s'effectue à la partie supérieure, les extrémités inférieures du produit peuvent s'échapper par la rupture et pénétrer dans le péritoine. Il pourrait en être de même de la tête quand c'est le siége qui est engagé dans l'excavation ; enfin la tête ou les pieds pourraient s'y engager quand c'est l'épaule qui se présente. Le toucher ne pourra guère faire reconnaître cet accident avant l'extraction du produit si la rupture a lieu quand une des parties fœtales occupe la partie inférieure du vagin ; il ne serait possible de le constater que dans les cas où la rupture serait déterminée par des violences mécaniques avant l'engagement de l'enfant.

C. Le pronostic est beaucoup moins grave que dans le cas précédent, parce que les liquides épanchés dans la cavité du péritoine trouvent une issue facile par la rupture elle-même, qui est placée à la portion la plus déclive de la cavité péritonéale.

D. Le traitement consiste à extraire le produit par les voies naturelles ; jamais la gastrotomie ne pourra être nécessaire dans ce cas, car jamais le produit ne passera en entier dans le péritoine. Le traitement consistera aussi à combattre les complications.

CHAPITRE IV.

DIFFICULTÉS RÉSULTANT D'ANOMALIES DANS LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT.

ARTICLE Ier.

ANOMALIES DU PREMIER TEMPS DE FLEXION.

Lorsque la flexion ne s'est pas encore accomplie, les deux fontanelles sont toujours sur le même plan ; la fontanelle antérieure,

dans la position occipito-iliaque antérieure, n'est pas très-difficile à atteindre, tandis qu'après la flexion elle devient inaccessible.

J'ai dit, à l'article *Anomalies dans le mécanisme de l'accouchement spontané par le sommet*, que le temps de flexion manquait bien rarement ; que, lorsqu'il ne s'accomplissait pas, l'engagement de la tête n'en avait pas moins lieu dans l'immense majorité des cas ; j'ajouterai que, pour que l'engagement du sommet n'ait pas lieu, la flexion ayant manqué, il faudrait qu'il y eût excès de volume de la tête, ou diminution dans les diamètres du bassin. Encore même, dans cette circonstance, la flexion ne manquera-t-elle jamais, parce qu'elle sera d'autant plus disposée à se produire qu'elle est plus nécessaire à l'engagement. Enfin, si, par une très-rare exception, elle venait à manquer, et que l'engagement, par suite d'une légère disproportion entre le bassin et la tête du fœtus, ne pût s'effectuer, il faudrait, après avoir attendu des contractions utérines tout ce qu'on est en droit d'en attendre, après les avoir activées, au besoin, avec du seigle ergoté si elles étaient languissantes, introduire quelques doigts de la main, dont la paume regarde la face de l'enfant, et tâcher de soulever le front pour fléchir la tête. Dans le cas d'insuccès de cette manœuvre, appliquer le forceps. Mais, je le répète, cette coïncidence du défaut de flexion avec un rétrécissement du détroit supérieur, ou un excès de volume de la tête, est très-rare; la flexion s'effectuera d'autant plus que la tête rencontrera plus d'obstacle à son engagement ; et si l'on est obligé d'agir, il faudrait bien plutôt en accuser un obstacle mécanique qui se trouve au détroit supérieur, que l'anomalie dans le temps de flexion.

ARTICLE II.

ANOMALIES DU SECOND TEMPS D'ENGAGEMENT.

Les circonstances qui peuvent seules s'opposer à l'accomplissement du temps d'engagement sont : l'inertie de l'utérus, les vices de conformation du détroit supérieur, le volume trop considérable de la tête du fœtus, la résistance de l'orifice, la présentation vicieuse de la tête (rare), etc., etc. Tous ces accidents seront étudiés séparément au chapitre des *Obstacles mécaniques à l'accouchement*.

ARTICLE III.

ANOMALIES DU TROISIÈME TEMPS DE ROTATION.

Je me suis déjà occupé longuement des anomalies de ce temps de rotation. On a pu voir que, dans la présentation du sommet, la

nature se suffit encore à elle-même dans la plupart des cas; que la tête peut être expulsée, alors que son mouvement de rotation n'est pas tout à fait effectué ; que, lorsque l'occiput est allé se rendre en arrière, l'expulsion spontanée du produit est encore la règle. Mais si la tête se trouve arrêtée dans son mouvement de rotation, diagonalement, l'occiput sur une des deux symphyses sacro-iliaques, ou derrière une des deux cavités cotyloïdes, et que la tête ne soit pas petite et le bassin large, le dégagement de cette tête ne pourra avoir lieu. La difficulté serait encore bien plus grande si la tête s'était arrêtée transversalement. Quand il y a des contractions énergiques, et qu'on ne peut, par conséquent, attribuer à l'inertie le défaut de rotation, on est souvent fort embarrassé pour en reconnaître la cause. Cet accident peut être déterminé par un excès de volume de la tête, par la résistance du périnée, par une situation particulière de la tête, etc. Au, reste, quelle qu'en soit la cause, l'art, dans ce cas, est obligé d'intervenir à l'aide du forceps, qui seul peut compléter ce mouvement de rotation.

ARTICLE IV.

ANOMALIES DU QUATRIÈME TEMPS DE DÉGAGEMENT.

Les circonstances qui peuvent empêcher l'accomplissement de ce quatrième temps sont : le défaut de rotation, dont je viens de m'occuper; la résistance des parties externes, l'inertie des contractions utérines, le rétrécissement du détroit inférieur. Je me suis déjà occupé de l'inertie des contractions, il me restera à traiter de chacune des autres circonstances en particulier, dans le chapitre suivant.

ARTICLE V.

ANOMALIES DU CINQUIÈME TEMPS : ROTATION EXTÉRIEURE DE LA TÊTE, INTÉRIEURE DES ÉPAULES.

Il est rare, comme je l'ai dit au même article, en traitant de l'accouchement spontané par le sommet, que l'art soit obligé d'intervenir pour un défaut de rotation des épaules. Quand elles se présentent diagonales, elles se dégagent facilement, souvent même elles sortent transversalement; mais s'il y avait disproportion entre le diamètre bisacromial des épaules et le diamètre transverse du détroit inférieur, si à cette circonstance venait se joindre une trop grande résistance du périnée, ou, ce qui a lieu souvent, un ralentissement dans les efforts d'expulsion, l'accoucheur devrait déterminer le mouvement de rotation des épaules et les dégager. Il doit d'abord attendre quelques mi-

nutes, à moins cependant que l'enfant ne lui paraisse en danger; puis il pourra exercer quelques légères tractions sur la tête de l'enfant en dirigeant l'occiput à gauche, si la position était, avant le dégagement de la tête, une occipito-iliaque gauche; à droite, dans la position inverse. Si ces légères tractions sont insuffisantes, dans les cas où l'occiput aurait été primitivement à gauche, l'accoucheur introduit l'index de la main droite aussi profondément que possible *sur l'épaule*, qui est à gauche du bassin, de manière à engager, si cela est possible, l'extrémité du doigt en forme de crochet jusque dans le creux de l'aisselle, et l'index de la main gauche *sous l'épaule* droite, qui répond à droite du bassin; alors abaissant l'index droit, élevant le gauche, il imprime à ces épaules un mouvement en sens inverse, qui conduit celle qui est à gauche dans la concavité du sacrum, celle qui est à droite sous les pubis, puis l'index de la main droite imprime à l'épaule, sur laquelle il reste fixé, un mouvement de traction et d'élévation à l'aide duquel le produit est extrait.

Si l'occiput avait été primitivement à droite, l'index gauche devrait être placé *en dessus de l'épaule* qui est à droite du bassin, l'index droit *en dessous* de celle qui est à gauche du bassin.

CHAPITRE V.

OBSTACLES MÉCANIQUES A L'ACCOUCHEMENT.

ARTICLE Ier.

RÉSISTANCE ET RUPTURE DES MEMBRANES.

J'ai déjà montré que la résistance des membranes pouvait retarder l'accouchement indirectement, en déterminant l'inertie utérine. Cette résistance de la poche amniotique peut aussi, par elle-même, être un obstacle mécanique à l'accouchement. Ainsi, les membranes sont quelquefois si épaisses, si solides, qu'elles résistent à des contractions utérines, même très-énergiques, et qu'alors l'accouchement se trouve singulièrement retardé; quelquefois même, ce qui est rare cependant, la nature est impuissante à surmonter cet obstacle: l'art est alors obligé d'intervenir.

Aussitôt que la dilatation est complète, profitant d'une contraction, l'accoucheur rompt ces membranes avec l'ongle de l'index que l'on taille en pointe ou avec une plume, taillée comme pour écrire,

introduite sur l'index de la main droite jusque sur les membranes, au moment où elles bombent fortement; on pousse la plume à l'aide de la main gauche, et la poche vient se déchirer d'elle-même sur cette pointe. Ces moyens suffisent, et jamais les membranes ne seront ni assez solides, ni assez épaisses pour nécessiter l'usage d'un autre instrument, tel que bistouri, sonde à dard, etc. : aussi faudra-t-il avec soin éviter de s'en servir. Ces instruments sont moins faciles à bien guider, et si, par l'effet de la pression longtemps prolongée de la tête du fœtus sur la paroi vésico ou recto-vaginale, une fistule venait à se déclarer, elle serait tout naturellement attribuée à leur introduction.

ARTICLE II.

OBSTACLES DUS AU COL DE L'UTÉRUS.

§ 1. — Agglutination de l'orifice externe.

L'agglutination de l'orifice externe de l'utérus est un accident beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense généralement. S'il passe souvent inaperçu, c'est que la nature en triomphe le plus souvent. Cette agglutination paraît être déterminée par l'inflammation des surfaces en contact, qui se trouvent bientôt unies par un tissu pseudo-membraneux ou fibreux plus ou moins résistant.

On reconnaît l'existence de cette agglutination aux signes suivants : 1° le doigt ne peut trouver un orifice dans lequel il puisse s'introduire, et à la place de cet orifice il sent un petit creux ou repli déprimé à son centre, occupé par une trame celluleuse; 2° la propulsion du segment inférieur de l'utérus jusque dans l'excavation, dès le début du travail, doit aussi faire soupçonner cet accident.

En effet, si la nature triomphe le plus souvent de cet obstacle, si l'orifice finit par s'ouvrir, ce n'est qu'après des efforts prolongés et énergiques, sous l'influence desquels la partie inférieure de l'organe se trouve profondément engagée dans l'excavation. Souvent même cette partie distendue devient si mince, qu'on croirait qu'il n'y a que les membranes de l'œuf qui soient interposées entre le doigt et la tête.

Cette distension est telle, que l'organe finirait par se rompre si la nature ou une intervention salutaire ne venait détruire l'agglutination du col utérin. Dans le cas où la nature est impuissante, l'extrémité du doigt suffit souvent pour détruire ces adhérences. Aussi on doit chercher à remédier à cet accident dès le début du travail et aussitôt qu'on le reconnaît, afin d'épargner à la femme les vives douleurs qui, seules, pourraient triompher de l'obstacle. Par cette

sage conduite aussi, on évitera les conséquences fâcheuses de la propulsion trop considérable du segment inférieur de l'utérus.

§ 2. — Oblitération complète du col.

Le col peut être complétement oblitéré au moment de l'accouchement, par suite de l'union intime des deux lèvres de l'orifice. Cette union peut dépendre d'une inflammation du col utérin survenue après la fécondation, et elle peut être si intime, que l'utérus se romprait plutôt dans un autre point que de céder dans celui où cette adhérence s'est effectuée. Après que l'insuffisance des contractions aura été bien constatée, et lorsqu'on se sera bien assuré que l'accident ne dépend pas d'une situation postérieure du col, mais bien qu'il est déterminé par l'absence accidentelle de cet orifice, on pratiquera l'incision de la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus [1].

[1] L'observation suivante m'a été communiquée par mon excellent confrère, M. Caffe ; elle résume toutes les indications que réclament ces cas :

« Le 4 décembre 1833, à six heures du matin, je fus appelé chez madame M., sage-femme, auprès d'une dame parvenue au terme de sa gestation : cette dame, âgée de trente-neuf ans et huit mois, de bonne constitution, n'avait jamais eu que de passagères indispositions, trois accouchements naturels, faciles, le dernier il y a environ huit ans. Les douleurs, pour accoucher, persistaient depuis environ trente heures. La sage-femme avait, dès le commencement et à plusieurs reprises, porté le doigt au sommet du vagin ; elle ne put jamais reconnaître la présence du col ni aucun orifice. Dans l'après-midi, elle fait prendre un bain à la malade, qui en éprouve un soulagement passager ; mais les douleurs recommencent bientôt avec plus d'intensité, et sont accompagnées de contractions utérines, très-manifestes lorsqu'on place la main sur les parois abdominales. Le vagin reste sec, point d'écoulement de sérosité. Madame M., voyant qu'elle avait affaire à un cas anormal, jugea prudente l'intervention d'un médecin, qui dut hésiter pour reconnaître une oblitération complète du col. Croyant sans doute qu'il avait affaire à une déviation de cet organe (il existait une médiocre antéversion du corps de la matrice), le médecin proposa, comme moyen conditionnel, l'emploi d'un pessaire, voulant néanmoins en retarder l'introduction jusqu'au jour. Sa visite eut lieu sur les trois heures du matin ; je fus prévenu dans cet intervalle, et sur les six heures je pus voir la malade. Instruit des commémoratifs déjà mentionnés, je procédai immédiatement au toucher, soit en faisant conserver la position horizontale, soit en faisant tenir la malade debout, ou sur ses genoux. Dans toutes ces positions, je reconnus l'état suivant : le vagin présente 5 pouces dans son diamètre vulvo-utérin ; sa paroi supérieure, qui est fortement tuméfiée, produit une espèce de bourrelet remplissant une partie de la capacité du vagin, resté rouge et sans mucosités ; le sommet du vagin se termine brusquement ; il peut se comparer à un cylindre fermé, sans saillie aucune dans son intérieur, et sans aucune trace de col utérin ; près de la paroi recto-vaginale, presque sur le raphé médian, on touche un repli de 1 ligne de dimension, donnant la sensation d'une petite corde tendue ; sur les côtés de ce repli et ailleurs, on ne peut distinguer le moindre orifice utérin, soit avec le doigt, soit en guidant sur ce dernier un petit stylet boutonné ; pendant les contractions violentes, la pulpe du doigt

§ 3. — Rigidité de l'orifice.

Dès le début du travail, l'orifice de l'utérus est quelquefois résistant rigide, douloureux au toucher ; chaud, quoique très-aminci et en apparence facile à dilater; néanmoins il ne s'ouvre pas, et la femme est tourmentée par des douleurs de reins très-vives, phénomène qui accompagne presque toujours la rigidité du col utérin et qui semble en être la conséquence.

Quelquefois cet état de resserrement ne se manifeste qu'à une époque plus avancée du travail. L'orifice, qui avait commencé à se dilater, se contracte petit à petit, revient sur lui-même et s'oppose à l'engagement de la tête ; ou bien il se manifeste quand cette tête s'est engagée dans l'excavation, soit avant le resserrement du col, soit en surmontant sa résistance ; alors l'orifice se contracte sur le col de l'enfant et s'oppose au passage des épaules.

éprouve un mouvement communiqué, mais sans que l'utérus vienne à proéminer au sommet du vagin.

« Cet examen des parties achevé, force me fut de reconnaître un fait tout à fait nouveau pour moi, et dont je n'avais pas même rencontré d'analogue. Je jugeai l'opération césarienne vaginale indispensable; mais ne voulant rien précipiter, je demandai que l'on m'adjoignît les conseils de professeurs d'accouchement. Sur les huit heures, M. Jules Hatin fut prié de venir; comme moi, il reconnut et apprécia les circonstances que j'ai énoncées. L'opération fut décidée pour quatre heures de relevée; à l'heure convenue, nous revîmes la malade ; les contractions utérines n'acquéraient pas une violence trop alarmante. M. Hatin me fit observer que l'état de cette femme permettait de temporiser encore, et que l'intérêt de la science, à laquelle ce cas se rattachait, exigeait que nous en rendissions témoins plusieurs hommes compétents, notamment M. Velpeau, qui, comme on l'a vu précédemment, niait la possibilité du fait.

« En conséquence, renvoyant à une heure plus éloignée l'opération déterminée, en recommandant à madame M., sage-femme instruite, la surveillance la plus active auprès de la malade, soit pour modérer ses douleurs, soit pour éviter tout mouvement inopportun, je pus bientôt amener M. Velpeau, M. le docteur Lenoir, M. Larcher, interne à l'hôpital de la Charité : tous successivement constatèrent mon diagnostic, et confirmèrent la nécessité de l'opération que je pratiquai à onze heures moins un quart en présence du professeur Hatin, de M. Roussel, prosecteur de ses cours, et de M. Pertusio, médecin italien.

« L'emploi du speculum était impossible et tout à fait inutile, par la saillie du bourrelet muqueux du vagin, qui ne pouvait être refoulé, et d'autre part, vu l'extrême étroitesse de ce conduit. La femme, placée sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille, les cuisses et le bassin maintenus par des aides, j'introduisis sur l'index de la main gauche et à plat un bistouri droit à lame étroite, recouvert d'une bande de toile jusqu'à 6 lignes de sa pointe, protégée par une boulette de cire. Arrivé au sommet du vagin, avec la main droite je relevai le bistouri, le dos regardant la pulpe du doigt conducteur, et divisai, couche par couche, la paroi antérieure de la matrice, en dirigeant l'incision du rectum vers la vessie, ayant soin de la circonscrire à 5 lignes environ d'étendue en hauteur; les contractions de l'utérus aidaient à la division. Après une section d'environ 3 lignes de profondeur, je

Ce phénomène, désigné sous les noms de *spasmes du col*, de *contractions spasmodiques,* est souvent lié à un état de pléthore ; il en est de même de la rigidité de l'orifice : aussi ces accidents cèdent-ils souvent à la saignée générale et aux bains. Quant aux injections émollientes, aux fumigations, elles sont sans aucun avantage ; je les ai toujours vues échouer. Il n'en est pas de même d'un autre moyen, que j'ai très-souvent vu couronné de succès : la belladone. C'est, dans ce cas, à l'extrait de belladone, en consistance de cire molle, qu'il faut donner la préférence : on en place sur l'ongle de l'index une petite boulette, que l'on porte ainsi jusque dans le col utérin. La chaleur, les mucosités dissolvent le médicament, qu'on peut

reconnus que j'avais divisé toute l'épaisseur de la paroi, et que j'étais arrivé dans la cavité utérine. En effet, aussitôt s'écoulent près de 4 onces d'un liquide demi-consistant, de couleur lie de vin et tout à fait inodore. La tête de l'enfant se présente à l'ouverture dans la seconde position (occipito-cotyloïdienne droite) : chacun des spectateurs s'assure par le toucher du résultat de l'incision. Pour éviter et prévenir toute déchirure, je porte de nouveau un bistouri boutonné, et encore garni de linge jusque près de cette extrémité ; je pratique de dedans en dehors deux incisions latérales, l'une à droite, l'autre à gauche, dans l'étendue de quelques lignes seulement. La forme cruciale de ces incisions fut effacée à l'instant par une contraction utérine, qui rendit ovalaire et élargit de beaucoup l'ouverture, sans cependant donner lieu à l'une de ces déchirures regardées comme si graves par quelques auteurs, et qui seraient l'écueil de cette opération. Guidé par des connaissances anatomiques capables de me rassurer, je n'hésitai pas à pratiquer une opération indispensable, malgré les craintes sérieuses que M. Velpeau avait manifestées sur ses résultats. De plus, en adoptant le principe du *débridement multiple,* proposé par M. Vidal (de Cassis) pour l'opération de la hernie et de la taille, j'étais sûr d'obtenir une dilatation considérable, sans dépasser les bornes au delà desquelles l'opération devenait très-dangereuse.

« La femme n'accuse aucune douleur pendant l'opération ; elle dit seulement éprouver la sensation et entendre le bruit d'une feuille de parchemin que l'on diviserait ; il n'y a pas la plus légère hémorrhagie. La malade est replacée convenablement. Les douleurs de parturition se succèdent régulièrement. Une heure après, la sage-femme reçoit, en ma présence, un enfant vivant, du sexe féminin, et pesant 7 livres ; la délivrance ne se fit pas attendre.

« Je touchai alors la malade : l'utérus, revenu sur lui-même, avait singulièrement restreint l'étendue de l'ouverture. Je jugeai inutile de placer entre les lèvres de la section une sonde de gomme élastique, une mèche ou tout autre corps ; les lochies devaient empêcher l'adhérence. Les suites de couches furent des plus heureuses, aucun accident ne vint les traverser. Madame X... se leva le sixième jour, et le neuvième elle quitta la sage-femme pour rentrer dans son domicile.

« Depuis lors, jusqu'à ce jour, madame X... s'est présentée souvent à moi. Une ouverture d'un petit calibre, et irrégulière, se conserve au niveau du point de la matrice qui a supporté l'opération ; on n'y distingue aucune saillie, aucune trace de col. Dès que l'écoulement des lochies eut cessé, j'eus la précaution d'introduire à plusieurs reprises, et de maintenir pendant quelques heures dans l'ouverture utérine, une bougie de gomme élastique, afin d'empêcher l'adhérence des bords de l'ouverture.

« Environ vers la sixième semaine après ses couches, madame X..., au sortir d'un

alors étendre facilement sur toute la surface interne de l'orifice. Ordinairement, quand ce moyen réussit, il est suivi d'un effet instantané : dix ou quinze minutes après son emploi, le col s'assouplit et se dilate. La première fois que je l'ai vu employer par M. P. Dubois m'est restée très-présente à la mémoire, à cause d'un autre fait non moins important qui s'y lie. M. P. Dubois m'avait amené avec lui à la Maternité. Deux femmes étaient à la salle d'accouchements : chez l'une, l'orifice utérin, dilaté comme une pièce de 50 centimes, depuis le matin, avait résisté à des contractions très-énergiques. M. P. Dubois fit sur elle usage de la belladone, puis vint observer chez la seconde le mécanisme de l'évolution spontanée, au terme de six à sept mois[1]. L'enfant était putréfié, ramolli ; les contractions énergiques, les parties bien préparées : aussi cette expulsion spontanée par l'épaule ne mit-elle que quelques minutes à se terminer. Eh bien, pendant ce court espace de temps, la dilatation chez la première femme s'était presque complétée.

bain, a vu suinter le fluide menstruel; cet écoulement a été très-peu marqué. On doit se rappeler que le sujet est âgé de près de quarante ans, qu'il est doué d'un tempérament sec et très-peu sanguin; qu'en outre, avant cette dernière grossesse, à chaque époque ses règles diminuaient de plus en plus de durée et de quantité. Au moment où je livre cet article à l'impression, j'apprends que la seconde époque menstruelle vient d'avoir lieu, plus abondante que la première, et sans aucune douleur.

« La rareté de cette oblitération de matrice avec disparition du col, dont je viens de mentionner tous les détails, dut m'engager à en rechercher la cause : je la soupçonnais due à des accidents inflammatoires; mais ce ne fut pas sans peine et sans interrogations réitérées avec instance, pendant plusieurs jours, que je pus parvenir à confirmer ma prévision. L'opérée avait, pendant les premiers mois de sa grossesse, pratiqué des injections dans le vagin et jusque dans l'intérieur de la matrice, au moyen d'une sonde de gomme élastique, qu'elle introduisait elle-même, en se servant d'une solution de cendres de foyer; elle avait ressenti de très-vives douleurs, intolérables, chaque fois qu'elle recommençait cette manœuvre. Elle aperçut aussi de la suppuration et la chute de quelques pellicules.

« La nécessité de l'opération césarienne vaginale, dans le cas qui nous occupe, m'était confirmée par tous les médecins qui ont vu la malade; en la retardant, on pouvait compromettre la vie de l'enfant, en ce moment encore en parfaite santé, et qui aurait infailliblement succombé à la violence des contractions utérines; la mort de la mère n'était pas moins certaine, si la rupture de la matrice avait lieu en un point quelconque de ses parois correspondant à la cavité abdominale.

« La section de la matrice, une fois commencée, devait avoir toute l'étendue suffisante pour éviter des déchirures sans limites déterminées, et toujours plus graves que les divisions méthodiques. » (Extrait du *Journal hebdomadaire des progrès des sciences et institutions médicales*, 4e année, t. I, no 10, mars 1834. Observation reproduite dans les journaux de médecine.)

[1] C'est sous l'impression de ce phénomène d'expulsion par le tronc, que j'ai dessiné, pour M. P. Dubois, de mon propre mouvement, les figures de l'évolution spontanée que je reproduis dans cet ouvrage.

Le 22 octobre 1840, la femme Guilleron était en travail depuis sept heures du matin ; le même jour, à huit heures quarante minutes du soir, l'orifice ne s'était pas dilaté, malgré des douleurs énergiques. Il était rigide, épais, fortement porté en arrière ; le doigt pouvait à peine y être introduit. La sage-femme en chef, madame Callé, employa la belladone, suivant le procédé de M. P. Dubois ; à huit heures cinquante minutes, c'est-à-dire dix minutes après l'application de la belladone, la dilatation était complète, et la tête franchissait l'orifice.

Il ne faut pas croire, cependant, que ce moyen soit d'un effet infaillible : je l'ai très-souvent employé sans succès ; mais aussi, toutes les fois que je l'ai vu réussir, il a agi instantanément.

Il est bien rare qu'à l'aide de ces moyens, et par l'expectation aussi prolongée que l'état de la malade et la santé de l'enfant le permettent, on ne finisse pas par triompher de cette contraction spasmodique du col utérin.

J'ai cependant observé un cas où tout échoua devant cette résistance ; mais je le crois tout à fait exceptionnel.

Une femme accouchée rapidement et presque sans douleurs, déjà huit fois, d'enfants vivants qui s'étaient présentés par le sommet, et chez laquelle à chacune de ses couches on avait été obligé de pratiquer la délivrance artificielle par suite de la rétraction énergique de l'orifice interne, en travail pour la neuvième fois, fit mander M. le docteur Félix Hatin. Le jeudi 23 octobre, à trois heures du matin, à son arrivée, cet habile accoucheur diagnostiqua la présentation d'un pied, avec procidence du cordon ombilical. Le cordon ne donnant plus que de rares battements, et quoique l'orifice ne fût pas complétement dilaté, M. Félix Hatin jugea nécessaire, vu le danger imminent que courait l'enfant, de procéder à son extraction. L'extrémité pelvienne fut donc dégagée, le tronc aussi, non sans difficultés ; mais la tête, retenue au détroit supérieur, résista aux tractions les plus énergiques exercées sur le tronc, et à celles que deux doigts, engagés dans la bouche, exerçaient sur la mâchoire inférieure ; le forceps lui-même, solidement appliqué, ne put déterminer le plus léger engagement de cette tête. La saignée, les opiacés, le repos, rien ne put vaincre la résistance de l'orifice interne spasmodiquement rétracté.

Appelé sur ces entrefaites, et ne comprenant pas que la rétraction seule de l'orifice pût être la cause d'une résistance si opiniâtre, je pensai que nous pouvions avoir affaire à quelque cas de monstruosité de la tête, à quelque tumeur développée sur la nuque ou à une bicéphalie : une seule tête ayant été saisie par le forceps, l'autre tête ou

la tumeur faisait résistance. Et quoique les manches du forceps, qu'on avait laissé appliqué à tout hasard, fussent presque rapprochés, ce qui devait exclure l'idée d'un excès de volume de cette tête saisie ; cependant, admettant que cette tête se soit aplatie, ou que les cuillers du forceps se soient faussées, ce qui aurait permis le rapprochement des manches, quoique la tête eût été trop volumineuse, il est indispensable d'observer que la base du crâne se présentait à l'orifice, que le cou et le tronc gênaient l'exploration, et que, par suite de ces circonstances, le diagnostic de l'hydrocéphalie, si c'en était une, qui est si facile à établir quand la tête se présente la première, était presque impossible à déterminer dans ce cas.

D'après cette opinion, nous pensâmes, M. F. Hatin, M. Boulard, dont M. F. Hatin avait aussi réclamé l'assistance, et moi, qu'il fallait réduire le volume de la tête. Après quelques tractions exercées à l'aide du forceps, convaincus de l'inutilité de mes efforts, je n'insistai pas ; et, retirant l'instrument, j'opérai la section du cou pour me réserver plus de place dans l'excavation. Puis, retournant la tête, qui du reste était très-mobile dans l'utérus, je pratiquai la perforation du crâne dans une des fontanelles, mais il ne s'échappa pas de liquide ; il n'y avait donc pas hydrocéphalie. Néanmoins la masse cérébrale fut délayée à l'aide des ciseaux de Smellie ouverts, et ensuite de l'index gauche que je promenai dans la cavité du crâne. Cela fait, vu le manque absolu de contractions, la masse cérébrale ne fut pas évacuée, et la tête ne fit pas le plus petit progrès. La femme, en travail depuis trois heures du matin, époque à laquelle s'était manifesté l'accident, était exténuée ; il était deux heures après midi. Je tentai donc, pour la délivrer définitivement, l'application du céphalotribe ; mais la résistance de l'orifice me fit bientôt renoncer à ces tentatives.

Il n'y avait plus de doute, la tête, explorée à l'aide de la main, était celle d'un fœtus normal ; la résistance tout à fait insolite de l'orifice interne mettait donc à elle seule obstacle à la sortie de cette tête.

Il n'y avait alors d'autre parti à prendre qu'à attendre. Sachant très-bien que le repos et le temps, aidés de quelques moyens particuliers, triomphent souvent bien mieux de cette résistance de l'orifice que les tentatives de l'art, de la belladone fut portée sur le col utérin, du laudanum fut administré en lavement; quant au bain, qui eût été si utile dans cette circonstance, l'exiguïté des localités et le manque absolu de ce qui est indispensable en pareil cas nous obligèrent à y renoncer. A cinq heures du soir, les choses étaient encore dans le même état; mais, de plus, survint alors une hémor-

rhagie abondante, tant intra qu'extra-utérine, causée par le décollement complet du placenta, qui nous inspira des craintes immédiates pour la femme, et nous détermina de nouveau à agir : 3 grammes de seigle ergoté furent administrés à la malade ; des incisions furent pratiquées sur le col ; mais, comme cela a toujours lieu quand le col est épais, elles n'eurent aucun effet, et ne rendirent pas plus facile l'introduction du céphalotribe et du forceps, que nous tentâmes d'employer, mais sans succès.

Sur ces entrefaites, la femme, qui était dans un état complet de narcotisme, se ranima , le pouls reprit de la force : l'expectation était de nouveau indiquée, mais la nécessité de baigner cette malade nous décida à la faire transporter à l'hôpital de la Clinique. Là, des tentatives d'extraction furent renouvelées le soir même ; puis, le lendemain, à plusieurs reprises, et toujours sans plus de succès ; du seigle ergoté fut aussi administré, et sans qu'il déterminât la plus légère contraction utérine ; enfin la malade s'affaiblit, tous les symptômes d'une métro-péritonite se manifestèrent, et la malade succomba le samedi 25 octobre 1844, à midi.

A l'autopsie, on trouva une solution de continuité de 1 centimètre à la paroi postérieure et supérieure du corps de l'utérus.

Ce résultat fâcheux aurait-il pu être évité, si, au lieu d'engager prématurément le produit par l'extrémité pelvienne, dans un orifice non dilaté, on eût livré l'accouchement aux efforts spontanés ; le fait n'est pas douteux, c'est cette première intervention qui a déterminé la réaction du col utérin et, par suite, toutes les difficultés et les accidents qui en ont été la conséquence.

Mais l'accoucheur devait-il rester simple spectateur d'un accident qui compromettait la vie de l'enfant ? n'y avait-il pas dans ce cas indication précise d'agir ? Sans doute, l'intérêt de l'enfant commandait l'intervention immédiate, et l'on devait se faire d'autant moins scrupule d'y avoir recours, que cette femme était déjà accouchée huit fois, et avec une très-grande facilité ; et qu'alors cette extraction semblait devoir être effectuée en un tour de main.

Comment, en effet, s'attendre à rencontrer une semblable résistance de l'orifice ? Y a-t-il un cas analogue dans les annales de l'art ? Dans les cas même où l'on se voit contraint de pratiquer l'accouchement forcé , rencontre-t-on jamais de semblables difficultés ? J'ai, à tel point, l'intime conviction que ce fait est tout exceptionnel, qu'en semblable circonstance je me conduirais comme l'a fait M. le docteur F. Hatin, sans craindre de voir se reproduire aucune des complications qui se sont manifestées dans cette circonstance.

Mais aussi, il faut bien l'avouer, s'il était possible de replacer cette

même femme sur le lit de travail, maintenant que je puis juger *à posteriori*, je livrerais chez elle l'expulsion à la nature, quels que soient les dangers que courrait l'enfant.

Si une faute a été commise dans ce cas, ce ne serait que par moi qu'elle l'aurait été, et comme je suis convaincu que l'aveu d'un insuccès est bien plus utile aux autres que l'exposé d'un succès, je vais faire mon examen de conscience.

N'est-il pas permis de penser que si la section du cou de l'enfant, que j'avais crue nécessaire pour perforer la tête, et que j'ai vu faire si souvent par M. Dubois sans le moindre inconvénient, n'eût pas été effectuée, nous n'aurions pas rencontré les mêmes difficultés. En effet, quoique le tronc ne tînt plus à la tête que par les téguments du cou, ces parties auraient peut-être offert assez de résistance pour fixer la tête au détroit supérieur; elle eût pu être broyée à l'aide du céphalotribe, et la femme aurait été délivrée. J'avoue que je le crois; mais comment s'attendre à rencontrer de semblables difficultés? comment pouvais-je admettre que le forceps, appliqué solidement, et à l'aide de tractions énergiques exercées par deux personnes successivement, en même temps que le mari tirait sur le tronc, n'eût pas pu extraire la tête si elle eût été bien conformée? Et n'était-il pas bien plus simple de penser que cette résistance si énergique, et tout à fait insolite, était déterminée par une circonstance anormale dont la perforation ou la céphalotripsie pourraient seules triompher?

Évidemment, dans ce cas, le meilleur parti à prendre eût été l'expectation quand même; mais cela peut-il être adopté comme règle de conduite dans un cas simplement analogue à celui-ci? Certainement non, car on ne peut pas établir des règles générales sur un fait tout exceptionnel. Cependant, si dans une circonstance qui aurait avec ce cas quelque analogie, l'intérêt de la mère nécessitait l'intervention, pour rien au monde je ne pratiquerais la section du cou de l'enfant.

Quant à la lésion trouvée après la mort sur les parois utérines, quoique nous n'ayons remarqué aucun symptôme qui pût dénoter cet accident tant que la femme a été soumise à notre observation, je ne serais pas éloigné de croire cependant qu'elle ait pu préexister à l'intervention; en effet, cette supposition expliquerait très-bien cette inertie que rien ne put faire cesser, inertie coïncidant avec une rétraction tout insolite de l'orifice externe, et chacun sait que tels sont les phénomènes qu'on observe quand une solution de continuité s'est effectuée aux parois de l'organe.

Cette lésion peut aussi avoir été une conséquence de l'interven-

tion : le lieu qu'elle occupe semblerait l'indiquer; en effet, c'est la paroi postérieure de l'utérus qui est la plus exposée à être lésée par l'extrémité des instruments. Dans cette dernière supposition, voici comment seulement cette lésion a dû être produite. La mobilité de l'utérus, l'élévation de la tête obligèrent pendant l'intervention de fixer solidement l'utérus à l'aide des mains fortement appliquées sur l'hypogastre, et l'organe, venant ainsi s'appuyer contre l'extrémité du forceps, s'y sera contondu; puis ultérieurement, sous l'influence d'une cause qui sans cette prédisposition eût été sans effet, la solution de continuité se sera effectuée; l'élévation de l'utérus, sa mobilité et celle de la tête, jamais, sans cette compression, n'auraient permis aux branches d'atteindre le fond de l'organe [1].

Quel enseignement l'art peut-il tirer de cette manière d'envisager les choses? Devra-t-on, dans un cas analogue, se bien garder de comprimer l'utérus? Évidemment non, puisque c'est à cette condition seule que l'intervention peut être effectuée quand elle est indispensable; mais seulement, prévenu des dangers que la femme peut courir dans ce cas, on ne devra se décider à intervenir que lorsqu'il y aura absolue nécessité. Il faut que le jeune praticien sache que l'intervention, même dans les mains les plus exercées, n'est pas toujours sans inconvénients; et au moins, comme je l'ai déjà dit, quoique sur ces faits, où tout est imprévu et exceptionnel, on ne puisse pas baser des règles générales pour des faits analogues, l'art et l'humanité n'auront pas tout perdu, si de tels exemples viennent nous rappeler à la sage réserve qui jamais ne doit abandonner l'homme de l'art [2].

[1] On remarquera combien la compression expose bien plus le fond de l'utérus quand la tête est seule, que lorsque, dans la présentation de la tête, le tronc est placé entre la tête et le fond de l'utérus. Dans ce dernier cas, quelque énergique que soit la compression, l'extrémité des cuillers, quoique dépassant la tête, sera tenue à distance du fond de la matrice par le tronc.

[2] Cette année (1860), malgré un rapport très-favorable de MM. P. Dubois, A. Tardieu et Danyau, malgré les allégations les plus formelles de M. Derivières et les miennes, formulées au tribunal et longuement motivées sous forme de mémoire, M. Lepilleur, officier de santé à Boulogne, a été condamné à une année de prison et à 1,000 fr. de dommages pour avoir dans un cas semblable, la tête ne tenant plus au tronc que par quelques lambeaux, coupé ces lambeaux avec les ciseaux de sa trousse afin de débarrasser la patiente et de ne pas lui laisser entre les jambes le corps d'un enfant putréfié. Le ministère public a voulu voir une opération chirurgicale, dans cette action si simple, si inoffensive, si charitable, qui consistait dans la section de quelques lambeaux de téguments d'un cadavre. Pendant que cette condamnation avait lieu, un autre officier de santé de Céret, incriminé pour une embryotomie faite sans règle, sans instruments convenables et qui avait déterminé la mort de la patiente, condamné à l'unanimité par ses pairs, en a été quitte pour trois mois de prison.

Cette rigidité peut dépendre d'un état de dégénérescence du col utérin, laquelle a détruit l'extensibilité des fibres de cette partie; alors la nature peut encore se suffire à elle-même. La dilatation s'opère aux dépens de la partie restée saine, l'autre se fendille, se déchire, pour contribuer aussi à livrer passage au produit. Si tout le col est passé à l'état fibreux ou squirrheux, le même effet peut encore avoir lieu; mais, dans ce cas, les déchirures peuvent se prolonger et venir intéresser le corps de l'organe, accident très-grave, comme on le sait. Aussi, si cet état a résisté aux bains, à la saignée, à la belladone, ce qui arrivera le plus ordinairement, on devra pratiquer des incisions sur les parties latérales de l'orifice, à l'aide du bistouri en croissant ou du bistouri droit boutonné, et mieux encore à l'aide des ciseaux courbes sur leur tranchant, et conduits sur le doigt jusque dans le col utérin. Il est utile, dans ce cas, de multiplier les incisions pour qu'elles puissent fournir une assez grande dilatation, sans qu'on ait à craindre qu'elles ne se prolongent trop haut. C'est aussi pour éviter les conséquences de ce prolongement qu'il ne faut pas les faire à la partie antérieure et postérieure de l'orifice. En effet, prolongées dans cette direction, ces incisions pourraient intéresser la vessie ou le rectum.

J'ai vu ce débridement de l'orifice suivi du meilleur effet, soit sur des femmes, où la rigidité pure et simple du col était le seul obstacle, soit sur d'autres chez lesquelles les parties étaient plus ou moins altérées.

Chez une jeune fille âgée de dix-sept ans, qui vint accoucher à la Clinique, le col à l'état sain, d'ailleurs, était tellement rigide, qu'il ne céda qu'aux incisions. L'enfant fut expulsé en position occipito-postérieure non réduite.

Dans ce cas exactement semblable que j'observai avec M. le docteur Deschamps, ces incisions, suivies d'une application de forceps, nous permirent d'extraire un enfant vivant, après un travail de trente-six heures. La malheureuse femme n'avait cessé pendant tout ce temps d'être en proie à des douleurs atroces, et ses cris, non interrompus jour et nuit, avaient mis en émoi tous les habitants de ce passage. Elle s'est parfaitement rétablie.

La rigidité était telle, qu'à chaque incision on entendait une espèce de grincement fait par les ciseaux, comme s'ils agissaient sur des cartilages; deux incisions de chaque côté suffirent.

Les incisions furent encore le seul moyen de rendre l'accouchement possible chez une femme âgée, mère de dix enfants; le col était tellement dégénéré, qu'à son entrée à l'hôpital, de prime abord il fut pris pour le placenta implanté sur l'orifice.

On ne sentait, en effet, qu'une substance spongieuse, tendre, friable, saignante.

Chez une autre femme en travail et à terme, la rigidité de l'orifice était si prononcée, par suite de la dégénérescence du col utérin, que des incisions pratiquées sur les côtés furent sans effet, et M. Dubois se trouva dans la nécessité d'en pratiquer en avant. Le fœtus fut alors expulsé ; mais une de ces incisions antérieures se prolongea au moment du passage de l'enfant et détermina une fistule vésico-vaginale assez étendue pour permettre l'introduction du doigt un mois après l'accouchement. L'année suivante, cette jeune femme vint avorter à la Clinique au moment où une épidémie de métro-péritonite sévissait avec violence. Elle succomba, et, chose remarquable à l'autopsie on trouva que la fistule s'était presque complétement oblitérée spontanément.

Une autre femme de la Clinique [1], couchée au n° 9, était en travail depuis quarante-huit heures, les membranes étaient rompues, les contractions énergiques, et l'orifice ne présentait toujours qu'un centimètre d'ouverture. Une partie du col était indurée à tel point que l'on devait craindre une déchirure considérable et grave si elle gagnait le cul-de-sac du vagin et celui du péritoine.

M. Paul Dubois fit des incisions multiples, et l'accouchement se fit spontanément au bout de trois heures.

Enfin, il faut être prévenu, comme je l'ai déjà dit à l'occasion de rupture des membranes, que, dans certains cas où le travail se ralentit, la rigidité du col, qui semble être la cause de ce ralentissement, peut n'être qu'apparente, et que c'est dans une autre circonstance du travail qu'existe la cause véritable de ce retard.

Par exemple, le col mince, tranchant, a acquis en dilatation l'étendue d'une pièce de 1 franc; mais cette dilatation reste stationnaire depuis plusieurs heures ; les contractions, d'abord énergiques, se sont affaiblies graduellement ; la poche des eaux est intacte et tendue, et le globe utérin rénitent. Le sommet, qui est senti à travers les membranes, est immédiatement appliqué sur le col.

Tous ces phénomènes sont dépendants les uns des autres, ils s'enchaînent, et chacun d'eux peut être regardé comme cause ou comme effet ; car le travail peut avoir été ralenti parce que les contractions sont trop faibles pour déterminer la rupture des membranes et la dilatation du col, et ces contractions elles-mêmes peuvent ne s'être affaiblies que parce qu'elles se sont lassées de s'exercer contre un obstacle qu'elles n'ont pu vaincre, la résistance des membranes ou

[1] *Gazette des hôpitaux*, 13 mai 1854.

la rigidité du col. Le travail peut avoir été ralenti aussi parce que l'utérus, trop distendu par le liquide, ne peut exercer ses propriétés contractiles, ce qui, par suite, empêche la poche de se rompre et le col de se dilater ; cette trop grande réplétion de l'œuf détermine le ralentissement des contractions, et laisse par suite les membranes intactes. Le seul moyen de s'éclairer dans un cas semblable est de rompre les membranes, à mesure que le liquide s'écoule, si la solidité des membranes et la réplétion de l'utérus étaient la cause du retard, les contractions reprennent de l'énergie, le col se dilate et la tête s'engage.

Si après cet écoulement du liquide les contractions restent faibles, c'est à elles qu'il faut attribuer le retard, et il faut tâcher de les ranimer. Enfin, lorsque après cette rupture les contractions étant ranimées, la dilatation ne s'effectue pas et qu'il n'existe aucune autre complication facilement appréciable, telle qu'une obliquité utérine, etc., on peut considérer alors la résistance du col comme la seule cause du ralentissement du travail, et l'on agit en conséquence.

Mais comment conseiller cette rupture des membranes avant la dilatation du col utérin, quand tous les auteurs s'accordent pour ne conseiller cette rupture que quand la dilatation est complète, ou tout au moins quand le col est dilatable. Certes, ce conseil d'attendre la dilatation du col pour rompre les membranes est excellent et doit être suivi dans la majorité des cas, mais il y a bon nombre de circonstances où cette rupture prématurée artificielle peut être fort utile et indispensable même ; et dans le cas que je suppose, elle est rigoureusement indiquée. Bien entendu que je ne veux parler que des cas où la présentation permet l'acouchement spontané ; car dans la présentation de l'épaule, cette rupture prématurée, faite à une époque à laquelle la main ne peut pénétrer dans l'utérus pour extraire le produit, aurait le grave inconvénient, par suite de l'écoulement du liquide amniotique, et de la rétraction utérine qui en est la conséquence, de rendre la version beaucoup plus difficile, plus douloureuse pour la mère, et plus grave pour l'enfant, quand la dilatation du col permettra enfin de pratiquer cette opération.

Mais ces mêmes inconvénients, nous le répétons, n'existent pas surtout quand le sommet se présente. Si la rupture a lieu spontanément avant que la dilatation se soit achevée, il s'écoule en général si peu de liquide amniotique, qu'on est quelquefois obligé de soulever légèrement et de temps en temps la tête pour laisser échapper graduellement une certaine quantité d'eau, afin de permettre à l'utérus de se contracter. Si la rupture des membranes ne s'est pas effectuée, et il arrive souvent que la présence du sommet retarde cette

rupture lontemps après l'entière dilatation du col, les contractions languissent, ou cessent complétement, et l'on est obligé alors de rompre ces membranes artificiellement pour ranimer les contractions utérines.

Les heureux résultats de cette rupture prématurée, lorsque le bassin est bien conformé, quand bien même le col ne serait pas dilaté, même avec une résistance de ce col, sont incontestables. Un fait que j'ai observé il y a quelques années à l'Hôtel-Dieu vient de tout point justifier cette proposition.

Une femme affectée de pneumothorax, et chez laquelle on trouvait le plus fort tintement métallique que nous ayons encore entendu, était couchée dans la salle de M. Honoré. Cette femme, arrivée au huitième mois et demi de sa grossesse, fut prise des douleurs de l'enfantement. Ces douleurs se manifestèrent assez énergiquement ; l'utérus se contractait avec assez de force ; cependant la dilatation du col utérin ne faisait aucun progrès, et la malheureuse femme était en proie à toutes les angoisses d'une suffocation imminente. M. Deguise, interne du service de M. Honoré, sentant toute la gravité du cas et la nécessité qu'il y avait d'agir promptement, me consulta sur ce qu'il avait à faire. A mon arrivée, je trouvai le col rigide, mince, tendu et dilaté seulement comme une ancienne pièce de 3 francs. Il était dix heures du matin, et depuis la veille au soir, malgré des douleurs assez soutenues, la dilatation n'avait pas fait le plus petit progrès. Les membranes étaient intactes, résistantes ; l'enfant était mort ! Quelle était la cause de ce retard de la dilatation du col ? Devait-on l'attribuer à l'insuffisance des contractions? Cela pouvait être. A la rigidité même de l'orifice ? Cette circonstance devait sembler la plus probable, et c'était pour cette cause qu'on n'avait pas osé rompre les membranes. Cependant j'avoue que j'étais tenté de l'attribuer bien plutôt à l'intégrité de la poche. Aussi je dis à MM. Deguise, Démeaux et Bourdon, qui assistaient avec moi cette pauvre femme, que quoique le col fût rigide, à peine dilaté, enfin au mépris de toutes les règles que j'ai tracées moi-même à l'occasion de la rupture des membranes, je pensais qu'avant tout nous devions opérer cette rupture; puis ensuite, si elle était sans succès, nous devions pratiquer des incisions sur les parties latérales de l'orifice pour le dilater artificiellement. Je préparai donc un bistouri boutonné droit, dont la lame, garni d'une petite bande de linge dans les deux tiers les plus rapprochés du manche (je ne me servais pas encore des ciseaux courbes de M. Dubois) n'était libre qu'à son extrémité. Cela fait, j'opérai la rupture des membranes en les perforant avec une plume à écrire. Une assez grande quantité d'eau s'écoula brusquement ; les

douleurs acquirent immédiatement une énergie qu'elles n'avaient pas encore eue. La dilatation du col, l'engagement de la tête, la rotation de celle-ci, s'effectuèrent avec tant de rapidité, qu'à notre très-grande stupéfaction à tous, en dix minutes bien comptées, l'enfant franchissait la vulve.

La pauvre malade éprouva un soulagement momentané ; mais elle succomba le surlendemain aux conséquences de sa maladie de poitrine.

A ce fait j'en pourrais joindre plusieurs autres tout aussi décisifs, quoique cependant l'effet produit par la rupture des membranes n'ait pas été aussi rapide que dans le cas que je rapporte. Dans tous les autres cas, où la rupture des membranes avait été opérée artificiellement avant la dilatation complète, le col paraissait rigide, et une fois la poche percée, toujours le col s'était assoupli, dilaté ; enfin le travail avait commencé à marcher régulièrement et avec plus rapidité. Qu'on ne croie pas cependant qu'il entre dans ma pensée de prescrire la rupture prématurée des membranes dans le cas de résistance de l'orifice utérin ; je la regarde au contraire comme dangereuse tout à fait au début du travail, quand le défaut de dilatation du col dépend de sa rigidité bien constatée. Mais je la crois utile dans les cas où cette rigidité du col non dilaté n'est qu'apparente et dépend seulement de la résistance des membranes ou de la distension utérine, ce qu'il faut distinguer.

En effet, dans ces circonstances, un doigt habitué peut constater qu'il n'y a pas véritablement rigidité du col. Ce col n'est pas dilaté, il est vrai, il est tendu ; mais cette tension dépend de celle de tout l'organe, si bien qu'elle cède à un léger effort du doigt, et céderait de même à l'effort que la poche ou la tête de l'enfant exercerait sur l'orifice en s'y engageant. Le défaut de dilatation dépend donc de cette distension de l'utérus, qui empêche l'organe de se contracter pour produire l'engagement de la poche, la dilatation du col et la rupture de cette poche. Le meilleur moyen de faire cesser la rigidité du col, et de produire sa dilatation, est donc d'opérer la rupture des membranes.

On voit, en résumé, qu'il est des cas où la résistance du col et son défaut de dilatation, loin d'être une contre-indication à la rupture prématurée des membranes, la nécessitent formellement, et je crois qu'une sage application de l'opération que réclame cette exception abrégerait souvent des accouchements qui ne se prolongent autant que parce qu'on se croit trop généralement dans la nécessité de n'opérer cette rupture des membranes que lorsque la dilatation est complète.

Et comment l'élève et le jeune praticien oseraient-ils agir autrement, quand ils ne trouvent dans les ouvrages d'obstétrique, pour se guider dans cette circonstance, que des préceptes nettement formulés, si absolus, sans qu'on leur fasse entrevoir dans quel cas ils pourront s'écarter de la règle avec avantage?

§ 4. — Direction vicieuse de l'orifice.

Souvent l'orifice de l'utérus n'occupe pas le centre du bassin, soit que cela dépende de l'inclinaison forcée du corps de l'organe, soit que cela provienne d'une insertion anormale de l'orifice sur le segment inférieur de l'utérus. J'ai dit, à l'article *Obliquités utérines*, quelle conduite on devait tenir dans l'un et dans l'autre cas.

Ramener le corps de l'organe à sa direction naturelle, en même temps qu'on réduit le col au centre du bassin. Souvent, dans le cas d'insertion anormale du col, on est obligé de soutenir avec l'index, à chaque douleur, la lèvre antérieure, qui coiffe la tête, et forme une bride qui s'oppose à son passage, pendant que de l'autre main on réduit le corps de l'organe.

ARTICLE III.

ENGAGEMENT D'UNE AUTRE PARTIE FŒTALE EN MÊME TEMPS QUE LA TÊTE.

§ 1. — Engagement de la main et de l'avant-bras.

Il arrive quelquefois qu'un bras, perdant ses rapports naturels, quitte la partie antérieure de la poitrine, et vient s'engager dans le détroit supérieur en même temps que la tête. Cet accident n'est pas extrêmement rare, et, dans la plupart des cas, il n'empêche pas la terminaison spontanée. Même l'expulsion du produit s'effectuant aussi rapidement que si l'accident n'existait pas, il peut être inaperçu jusqu'au moment où la tête et le bras sont expulsés simultanément.

M. P. Dubois, forcé de partir, me confia, à la Clinique d'accouchements, une femme chez laquelle le bras se présentait en même temps que la tête, et chez laquelle les efforts de réduction avaient été infructueux. Cette femme était primipare, et en travail seulement depuis trois heures : il était alors une heure de l'après-midi. A quatre heures, quand il revient, M. P. Dubois trouva l'accouchement terminé, sans que je me sois vu, en aucune manière, obligé d'intervenir, tant l'engagement de la tête et du bras avaient été faciles.

Dans une autre circonstance, je pus observer le même résultat, mais après un travail plus prolongé et plus difficile.

Je pourrais citer aussi nombre d'exemples de procidence du bras, qui n'ont pu être reconnus qu'au moment où la tête franchissait la vulve.

Quelquefois, cependant, cette procidence du bras retarde plus ou moins l'engagement de la tête; mais tôt ou tard la nature finit par triompher des difficultés, et la tête s'engage. Toutefois il n'est pas rare qu'arrivée sur le plancher du bassin, elle soit gênée dans son mouvement de rotation par la présence du bras, et que, par suite, elle ne puisse pas être expulsée. L'art est alors obligé d'intervenir.

Le 7 mai 1835, j'assistai, à la Clinique, à un accouchement où les choses se passèrent ainsi. La situation particulière du bras et la facilité de l'engagement n'avaient pas permis de reconnaître, ni même de soupçonner cet accident. La tête reposait depuis longtemps sur le plancher du bassin, mais elle n'exécutait pas son mouvement de rotation. Comme on ignorait la véritable cause de ce retard, on l'attribuait tout naturellement à l'insuffisance des contractions utérines (elles étaient faibles), ou à la résistance du périnée. M. Dubois appliqua le forceps.

L'introduction des branches fut facile, l'extraction ne présenta non plus aucune difficulté, et l'on fut tout surpris de voir, au moment où la tête franchit la vulve, qu'elle avait été prise avec le bras dans les mors de l'instrument; on reconnut alors que l'engagement du bras avait seul gêné le mouvement de rotation.

Enfin, d'après ces exemples et ceux que l'espace m'empêche de citer, il m'est permis d'avancer que l'engagement d'un bras est un accident par lui-même peu grave, que s'il met un obstacle sérieux à l'engagement de la tête, ce ne peut être que dans un cas de rétrécissement du détroit supérieur ou d'excès de volume du produit. En effet, c'est ordinairement le diamètre bi-pariétal, dont l'étendue est de 9 centimètres 1/2 au plus, qui se trouve augmenté de 1 centimètre 1/2 par la présence du bras; et ce diamètre, dans un bassin bien conformé, peut franchir le détroit supérieur malgré cette augmentation, qui ne lui donne en tout qu'une étendue de 11 centimètres au plus.

Il faut avouer aussi que si, dans la plupart des cas, l'engagement et le dégagement de la tête peuvent s'effectuer spontanément, ils sont aussi quelquefois retardés, et la prolongation du travail peut, dans ce cas, être telle, que l'art soit obligé d'intervenir : c'est ce que j'ai dû faire chez une femme auprès de laquelle je fus appelé par mes amis les docteurs Filhios et L. Boyer. Le dégagement peut même être tout à fait empêché, par suite de la gêne que le bras oppose à la rotation de la tête.

Dans un autre cas, où je fus appelé par MM. les docteurs Dreyfus et Colomb, le forceps fut indispensable : la femme était enceinte de deux jumeaux pour la deuxième fois, l'inertie était complète, rien n'avait pu ranimer les contractions : le premier jumeau se présentait par la tête accompagnée du bras. Après un travail très-prolongé, qui avait déterminé la mort de l'enfant, j'opérai l'extraction à l'aide de l'instrument. J'attendis, mais en vain, la déchirure du deuxième œuf : je fus obligé de le rompre. L'enfant se présentait par les pieds; et, comme l'inertie subsistait encore, je pratiquai l'extraction de ce deuxième enfant, qui avait aussi cessé de vivre avant l'opération. La délivrance dut être aussi faite artificiellement.

Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, c'est que, malgré une inertie complète et si persistante, l'utérus se rétracta fort énergiquement, la femme n'eut pas d'hémorrhagie et se rétablit très-bien. Comment ne pas voir là une preuve des plus évidentes de l'indépendance des deux propriétés dont l'utérus est doué : contractilité et rétractilité. La première a manqué dans ce cas; la seconde s'est heureusement exercée après chacune des opérations que j'ai pratiquées (voy. p. 296). Quant à la mort du premier enfant, elle s'explique tout naturellement par la prolongation du travail ; je ne sais à quoi attribuer celle du second : en effet, il fut protégé, jusqu'à la fin du travail, par la présence du liquide amniotique.

§ 2. — Diagnostic.

Quand la procidence du bras est complète, il est facile de la reconnaître ; mais quand la tête et le bras accolés occupent ensemble le rebord du détroit supérieur, il est souvent impossible de constater la présence du bras ; de plus, comme je l'ai dit, la facilité de l'engagement de la tête ne permet pas, le plus souvent, de soupçonner cet accident.

Mais c'est surtout le diagnostic différentiel qu'il faut bien établir. En effet, il est bien important de ne pas confondre cet accident avec la procidence du bras dans les présentations du tronc ; car, dans le premier cas, la nature se suffit presque toujours à elle-même, quand l'art a été impuissant à produire la réduction. Dans le second cas, au contraire, on ne doit jamais compter sur la nature, qui, presque toujours, serait impuissante, et l'on doit regarder l'intervention comme une règle dont il ne faut jamais s'écarter, à de très-rares exceptions près. Heureusement, il est facile de différencier ces deux accidents l'un de l'autre.

Dans le premier cas, la tête occupe le détroit supérieur ; on la re-

connaît à sa résistance élastique, osseuse, à la présence des sutures et des fontanelles, à son volume. De plus, le bras proémine très-peu dans le vagin.

Dans le second cas, l'épaule suit le bras immédiatement, et pend quelquefois jusqu'à l'extérieur. On reconnaît, en outre, l'épaule à ses caractères; elle est anfractueuse, acuminée ; on sent à son pourtour le creux de l'aisselle, les espaces intercostaux, ou l'omoplate, etc. (Voyez *Diagnostic des présentations du tronc.*)

§ 3. — Manuel opératoire.

Le premier soin de l'accoucheur, quand il constate la procidence du bras précédant la tête doit être de tenter la réduction du bras au-dessus de la tête; elle est souvent possible. D'autres fois, au contraire, elle est complétement impraticable ; alors il devra soutenir le bras à chaque contraction, afin que la tête puisse s'engager seule ; il verra le plus ordinairement l'engagement s'effectuer, même dans le cas où il n'aurait pu soutenir la main ou l'avant-bras. Si enfin, par suite d'un rétrécissement, l'engagement n'était pas possible, ou si, après l'engagement, la rotation de la tête était gênée, quoique le bassin fût bien conformé, le forceps seul devrait être appliqué. Quant aux préceptes particuliers, à l'aide desquels on peut opérer la réduction du bras, il n'est pas possible de leur assigner des règles bien précises ; tout ce que l'on peut dire, c'est que l'on doit se servir de la main droite pour réduire le bras qui est à gauche, et *vice versâ.*

§ 4. — Engagement des deux mains et des deux avant-bras.

Quelquefois la nature peut aussi triompher de cet obstacle; il faut avouer cependant que cet accident est plus grave que le précédent, et qu'il nécessite l'intervention de l'art toutes les fois que le produit a atteint ses dimensions normales et que le bassin ne pèche pas par excès d'amplitude.

En un mot, pour que le fœtus puisse être expulsé ainsi, il faut qu'il soit petit ou que le bassin soit très-large.

Dans le cas contraire, les contractions seront le plus souvent impuissantes pour déterminer l'engagement, et surtout pour produire la rotation de la tête, en supposant qu'elle ait pu pénétrer dans l'excavation.

Aussi l'accoucheur qui constate la présence des deux bras au détroit supérieur en même temps que la tête doit tâcher d'abord de les réduire tous les deux ; s'il n'en peut réduire qu'un, il retombe

dans le cas précédent ; si ni l'un ni l'autre n'ont pu être réduits, il ne faut pas attendre l'engagement spontané, à moins qu'il ne paraisse facile, il faut pratiquer la version le plus tôt possible, dans la crainte que l'utérus, en se rétractant, ne rende cette opération impossible et n'oblige à appliquer le forceps sur la tête au détroit supérieur. (Cette application, comme je le dirai plus tard, est bien plus difficile, bien plus dangereuse que la version, quand la tête est aussi élevée.)

Les procédés de réduction sont les mêmes que dans le cas précédent.

§ 5. — Engagement d'un pied ou des deux pieds.

Un pied ou les deux pieds peuvent s'engager en même temps que la tête. Dans la plupart des cas, la tête franchit seule le détroit supérieur, et les pieds restent en arrière ; mais il peut arriver que cet engagement d'un ou de deux pieds empêche celui de la tête. Alors, si la tête est élevée, l'accoucheur devra tenter la réduction de ces extrémités; si elle n'est pas possible, ce qui est rare, après avoir attendu des efforts spontanés tout ce qu'il est en droit d'en espérer, il commencera par s'assurer à l'aide du sthétoscope, etc., qu'il n'a pas affaire à des fœtus multiples. Dans ce cas il n'agirait que sur un seul pied, dans la crainte d'engager en même temps les pieds des deux fœtus à la fois. Si le fœtus est seul, il introduira la main droite, si le pied ou les pieds sont à gauche, et *vice versâ*, et il exercera sur eux des tractions, tandis qu'avec l'autre main il soulèvera la tête du fœtus. A l'aide de ce mouvement en sens inverse, il engagera l'extrémité pelvienne au lieu de la tête, et il livrera le reste de l'expulsion aux efforts spontanés, si l'enfant ne court aucun danger; dans le cas contraire, il se hâtera de terminer l'accouchement.

Si la tête est basse, c'est à l'aide du forceps qu'il faudra l'extraire, en ayant soin de ne pas comprendre les membres inférieurs déplacés dans les cuillers, afin que ceux-ci puissent rester au-dessus, à mesure que les tractions exercées sur la tête l'engageront dans le détroit inférieur.

En janvier 1848, je fus appelé, avec M. le docteur Godard, auprès d'une femme assistée par une sage-femme. Il s'agissait d'un cas de jumeaux. Le premier avait été expulsé facilement et avec régularité; le second, comme cela a si souvent lieu, trouvant des passages largement dilatés, engagea sa tête en même temps que ses pieds. Bien que la tête fût assez engagée, l'application du forceps ne put être faite; je ne parvins à délivrer la femme qu'en repoussant la tête

avec toute la main droite, pendant que la gauche tirait sur les pieds. L'enfant était mort ; la mère se rétablit rapidement.

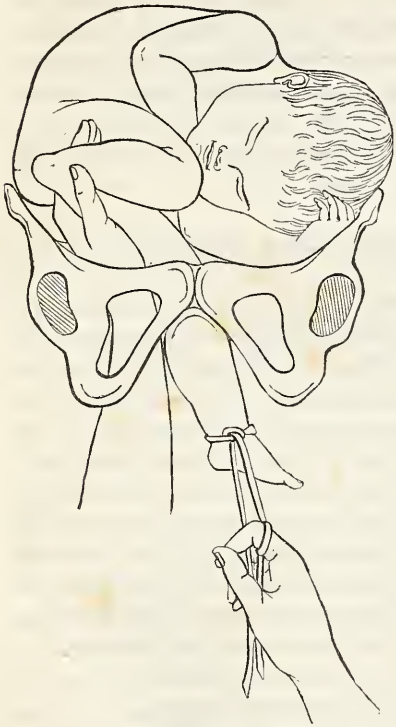


Fig. 132.

En 1851, je fut appelé à Colombes, par MM. Lebrun et Giraud, pour une femme chez laquelle les pieds et la tête s'étaient engagés au détroit supérieur, simultanément, depuis douze heures environ. Il ne m'était pas possible de saisir la tête ; les pieds ne m'offraient pas une prise assez solide pour vaincre cette résistance si considérable. Je fus obligé de couler sur chaque membre inférieur un lacs de laine, et alors, à l'aide de tractions énergiques exercées sur les deux lacs réunis et d'un effort de répulsion exercé sur la tête, l'enfant, qui avait déjà cessé de vivre depuis longtemps, fut extrait. La mère s'est rétablie complétement. Je pourrais citer depuis bien d'autres faits de ce genre.

La conduite de l'accoucheur serait exactement la même que dans ce cas, si un bras et un pied ou les deux pieds s'étaient présentés ensemble en même temps que la tête. Ainsi, tenter d'abord la réduction, puis, dans le cas d'insuccès et d'impuissance de la nature, tirer sur un seul pied si l'on avait la crainte qu'il y eût deux jumeaux dans l'utérus; car, en tirant sur les deux pieds dans ce cas, on pourrait être exposé à tirer le pied d'un enfant et celui d'un autre en même temps. Pendant qu'on agirait ainsi, on repousserait la tête qui, dans ce cas, est toujours élevée au détroit supérieur ; si l'on croyait avoir plus de facilité en repoussant le bras et les pieds, on agirait ainsi pour permettre l'engagement de la tête.

J'ai observé une fois un singulier effet de l'engagement des pieds en même temps que la tête : c'était chez M. H....., dans un cas de

jumeaux. Le second enfant, après l'expulsion de la tête, était arrêté au détroit inférieur, des tractions sur les épaules étaient sans effet, lorsque la main, introduite en arrière du bassin, reconnut que l'obstacle était déterminé par les pieds descendus en même temps que la tête, et arcboutés sur le périnée. Les pieds furent dégagés et le reste du tronc expulsé immédiatement (*fig.* 133).

Fig. 133.

Dans le courant de décembre 1835, on amena à la Clinique une femme chez laquelle la tête, le bras gauche et un pied se présentaient au détroit supérieur. Le bassin était sensiblement rétréci, et ces parties n'avaient été amenées ainsi au détroit supérieur avec la tête que par suite de tentatives de version mal dirigée; l'utérus était tellement rétracté, que, quand même le bassin aurait été bien conformé, on n'aurait pas dû songer à faire la version : l'enfant avait cessé de vivre ; on pratiqua la céphalotripsie. L'opération fut faite avec beaucoup de promptitude, et sans que les organes maternels aient eu le moins du monde à en souffrir ; mais la femme, épuisée par un travail prolongé et par des souffrances de tout genre, expira quelques jours après sa délivrance. En 1855 je fus appelé à Vaugirard, par M. le docteur Desquibes pour un cas de trijumeaux. Les deux premiers enfants qui avaient été contenus dans le même œuf présentaient l'un la tête l'autre le pied. L'engagement était profond ; la répulsion du pied ni celle de la tête ne purent être effectuées ; le forceps fut insuffisant ; il fallut recourir à la perforation du crâne.

ARTICLE IV.

VARIÉTÉS DE PRÉSENTATION.

En décrivant le mécanisme de l'accouchement spontané, dans les variétés de la présentation du sommet, j'ai posé en principe que,

lorsque le sommet occupe le détroit supérieur, la nature suffit presque toujours à en déterminer l'engagement, quel que soit le mode de présentation qu'il affecte (quelle que soit sa variété de présentation). J'ai supposé, bien entendu, le bassin et la tête bien conformés. On comprend, dès lors, combien on doit se trouver rarement dans l'obligation d'agir dans ces variétés de présentation du sommet qui du reste elles-mêmes sont fort rares. En effet, pour que l'intervention fût nécessaire, il faudrait admettre une inclinaison forcée de la tête, et encore la nature triompherait-elle le plus souvent de cet obstacle, si le bassin était bien conformé (voyez les observations précédentes), ou il faudrait admettre un vice de conformation du bassin. Cette circonstance même ne s'oppose pas toujours à l'engagement. J'ai cité l'observation de la nommée Vanesse, qui parvint à se délivrer seule, malgré un rétrécissement assez sensible du détroit supérieur.

Cependant, soit que la nature soit impuissante à déterminer cet engagement, soit que l'art soit obligé d'intervenir pour éviter à la femme les conséquences fâcheuses d'un accouchement trop prolongé, quel procédé l'accoucheur doit-il mettre en usage, pour aider ou déterminer l'issue du produit? Les procédés varient suivant la présentation.

§ 1. — Variétés pariétales.

Fig. 134.

a. Variétés pariétales antérieures.

Jamais, dans ces variétés de présentation, ce n'est l'oreille en plein qui occupe le centre de l'orifice; mais on peut souvent atteindre cette oreille, soit en arrière, soit en avant, suivant la position de ces variétés de présentation.

Je supposerai d'abord que c'est le pariétal qui est en avant qui occupe le détroit supérieur, quelle que soit la position, que l'occiput soit à gauche ou qu'il soit à droite.

Dans un cas semblable, l'accoucheur doit d'abord s'assurer que

la variété n'est pas déterminée par une obliquité antérieure très-prononcée, ce qui peut certainement avoir lieu. S'il constate l'existence de cette obliquité, il doit maintenir l'utérus réduit à sa direction normale, pendant toute la durée du travail. Cette réduction seule suffira souvent pour corriger la présentation, ou tout au moins elle en facilitera l'engagement. Si, après qu'il aura pris cette précaution, elle persistait, c'est qu'elle serait indépendante de l'inclinaison. Quelle devrait être alors la conduite de l'accoucheur?

1° Il devra attendre l'engagement spontané, qui s'effectuera dans l'immense majorité des cas.

2° Si cependant la dilatation étant complète et les membranes rompues depuis sept ou huit heures, l'engagement n'avait pas lieu malgré l'énergie des contractions, il devra intervenir.

Plusieurs procédés se présentent : ainsi on peut tenter de redresser la tête, ou faire la version, ou appliquer le forceps.

A. *Redressement manuel de la tête.*—Tous les auteurs ont conseillé, dans ce cas, le redressement manuel. Madame Lachapelle[1] elle seule, tout en conseillant de tenter ce procédé, fait remarquer que l'exécution en est très-difficile, ou même tout à fait impossible dans la plupart des circonstances. Elle ajoute que Baudelocque lui-même, qui était grand partisan de ces redressements, avait fini par y renoncer, tant il y avait rencontré de difficultés. J'ai pu souvent me convaincre par moi-même de la vérité des opinions de madame Lachapelle à ce sujet ; et suivant M. P. Dubois, non-seulement ce redressement manuel est presque impossible, mais même il a de grands inconvénients.

En effet, pour qu'il pût être pratiqué avec succès, il faudrait agir dès le début du travail, au moment où les membranes se rompent, et c'est ce qu'on ne doit jamais faire ; il faut, avant d'agir, donner le temps à la nature de modifier la présentation, comme elle le fait presque toujours, et, dans ce cas même, on pourrait souvent échouer, car la main n'a pas sur le sommet une prise assez solide pour qu'elle puisse le redresser facilement. Mais je suppose que l'opération soit couronnée de succès, sera-t-elle sans inconvénients, sans dangers? Non, sans doute.

1° L'introduction de la main dans les organes maternels dès le début du travail, alors que les parties externes ne sont pas encore préparées, sera extrêmement douloureuse. Si l'on joint à cela les efforts, les tâtonnements indispensables, on aura une idée des souffrances que l'on fera endurer à la patiente.

2° La main une fois introduite, en déplaçant la tête au détroit su-

[1] *Pratique des accouchements.* Paris, 1821, t. I.

périeur, favorisera l'entier écoulement du liquide amniotique ; et, dans le cas où la tête serait redressée, le fœtus, pendant tout le reste de l'accouchement, restera exposé à la compression immédiate de l'utérus. Il sera privé de cette couche protectrice de liquide qui s'interpose entre lui et l'organe expulseur, dans le cas où l'accouchement est spontané. Cet inconvénient est léger, il est vrai ; mais ce n'est pas tout : le cordon ombilical, un bras, les deux bras même, peuvent s'engager sous la tête au moment où on la soulève, et cette procidence est encore favorisée par l'écoulement rapide du liquide amniotique. On conçoit que ces accidents deviennent des complications graves pour le produit, et plus ou moins fâcheuses pour la mère.

J'ai posé en principe que l'art ne devait intervenir que lorsque l'insuffisance des efforts spontanés était bien constatée. Dans ce cas, si la contraction utérine n'a pu produire l'engagement, ce qui ne me paraît pas probable quand le bassin est bien conformé, elle aura tellement fixé la tête au détroit supérieur, qu'il sera tout à fait impossible de l'en déplacer, à moins cependant qu'il n'y ait inertie utérine.

B. *Version pelvienne.* — Tenter la version pelvienne dès le début du travail, ne serait pas rationnel, dans un cas où l'on a tant à espérer des contractions utérines. Il faudrait donc attendre, pour pratiquer cette opération, que l'impuissance de la nature fût manifeste, et alors la version ne serait pas plus praticable que le redressement, par suite de la rétraction trop énergique de l'utérus. Ce serait alors au forceps seul qu'on pourrait avoir recours, à moins, cependant, qu'il n'y ait inertie utérine, sans rétraction de cet organe, ce qui pourrait permettre de pratiquer la version.

C. *Forceps.* — Le forceps ici agit de deux manières : en redressant la tête et en déterminant l'engagement.

Comme on le verra par la suite, quand je donnerai les règles de l'application du forceps au détroit supérieur, la tête étant fort élevée, les branches de l'instrument ne peuvent être placées que sur les côtés du bassin : la tête sera donc prise d'une bosse frontale à à une bosse occipitale opposée, dans les positions diagonales. Alors, aux premières tractions, elle se redresse le plus ordinairement en tournant sur un axe dont les deux extrémités aboutiraient à chacune des deux cuillers ; puis elle est engagée.

Ou bien la tête, saisie de la même manière, ne se redressant pas, sera engagée inclinée immédiatement dans l'excavation [1].

[1] On a avancé que l'application d'une des deux branches doit être plus difficile que

b. Variétés pariétales postérieures.

Si c'est le pariétal qui est en arrière qui se présente au détroit supérieur, quelle que soit la position du sommet (que l'occiput soit à gauche ou qu'il soit à droite), il n'est pas possible de supposer que, dans ce cas, la variété pariétale soit déterminée par une inclinaison postérieure, cette espèce d'inclinaison n'étant pas admissible. L'accoucheur devra donc regarder cette variété comme le résultat d'une inclinaison de la tête sur le tronc, et alors les procédés à employer seront les mêmes que dans le cas précédent.

Attendre d'abord, puis recourir à la version ou au forceps, suivant les circonstances.

§ 2. — Variétés frontales.

Dans la plupart des cas, la variété frontale résulte de ce que la tête se présente non fléchie au détroit supérieur, et sa persistance dépend aussi de ce que le premier temps de l'accouchement, la *flexion*, ne s'accomplit pas. La variété frontale se réduit tout aussi bien d'elle-même que la précédente. Le premier temps de l'accouchement, le *temps de flexion*, en s'exécutant, fait tout naturellement disparaître cette variété. Si ce temps n'a pas lieu, ce qui sera d'autant plus rare dans ce cas, que l'accomplissement de cette flexion est plus nécessaire, et si alors la tête continue à se présenter sans se fléchir, ou reste légèrement défléchie, elle doit néanmoins s'engager, l'étendue des diamètres par lesquels elle se présente non fléchie justifiant très-bien la possibilité de cet engagement (occipito-frontal), 11 centimètres; et s'il n'a pas lieu, on devra en accuser une cause étrangère à la présentation elle-même, telle que l'*obliquité utérine*, l'*insuffisance des contractions*, ou une *disproportion entre la tête et le détroit supérieur*.

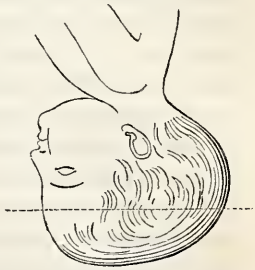


Fig. 135.

1° *Obliquité utérine*. — Il est bien certain qu'une obliquité latérale très-prononcée peut déterminer cette variété et en retarder l'en-

l'autre, parce qu'elle est gênée par l'épaule abaissée. Cela serait exact, si le forceps pouvait être appliqué régulièrement au détroit supérieur; mais comme il ne pourra être placé que sur les côtés, l'inclinaison de la tête ne pourra, en aucune manière, gêner l'application de l'instrument. C'est évidemment là une vue théorique.

gagement. C'est un fait (fig. 136) que j'ai pu constater tout dernièrement encore.

On conçoit que, dans ce cas, le premier moyen à employer consisterait à ramener l'utérus à sa situation normale : cette réduction suffira seule à faire disparaître la variété, et l'engagement ne se fera pas longtemps attendre.

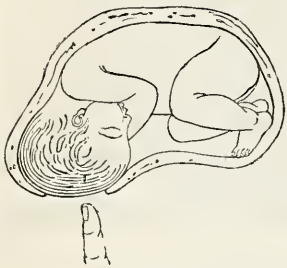


Fig. 136.

2° *Insuffisance des contractions utérines.* — Si c'était l'insuffisance des contractions qui retardât l'engagement, il faudrait s'attacher à leur donner plus d'activité.

3° *Disproportion entre la tête et le bassin.* — En l'absence des autres causes, on est très-légitimement en droit d'attribuer le retard dans l'engagement d'une variété frontale à une légère disproportion entre la tête et le détroit supérieur, quand bien même cette disproportion ne pourrait pas être appréciée par le toucher. En effet, dans un bassin bien conformé, le diamètre occipito-frontal de 11 centimètres, qui mesure cette présentation, doit pouvoir s'engager. L'art pourra, dans ce cas, intervenir d'une manière utile par la réduction manuelle ou l'application du forceps : je ne parle pas de la version, car toutes les fois qu'on peut soupçonner un rétrécissement du détroit supérieur ou un excès de volume de la tête, cette opération ne doit pas être pratiquée.

a. *Redressement manuel.* — Si le bassin était bien conformé, la tête devrait s'engager sans se fléchir ; mais par suite de la disproportion qui existe entre elle et le bassin, le mouvement de flexion, qui substitue un diamètre plus favorable à un qui l'est moins (voyez *Accouchement spontané*), devient nécessaire ; il faut alors tenter de déterminer cette flexion. Deux procédés ont été conseillés dans ce cas : l'un, qui consiste à soutenir le front à l'aide de deux doigts, pendant la contraction, pour forcer la tête à se fléchir. Celui-ci est le plus facile à mettre en pratique ; il est du reste sans aucun inconvénient, mais malheureusement il n'est pas toujours couronné de succès. La cause qui empêche la tête de se fléchir, est souvent plus forte que l'accoucheur, qui voit toutes ses tentatives impuissantes. Je l'ai éprouvé moi-même souvent et en particulier dans deux cas de présentation de la face, dont j'aurai occasion de parler plus tard.

Le second procédé, plus difficile à exécuter que le précédent, n'est guère plus souvent suivi de succès ; de plus, il est très-douloureux et n'est pas sans danger. Il consiste à abaisser l'occiput et à forcer

ainsi la tête à se fléchir. Pour cela, l'accoucheur introduit dans l'utérus la main gauche, si l'occiput est à droite, et *vice versâ ;* puis, à l'aide des doigts recourbés, il va accrocher l'occiput qu'il engage dans le détroit supérieur.

On comprend facilement combien cette manœuvre doit présenter de difficultés : en effet, la rétraction de l'utérus s'opposera, dans la plupart des cas, à l'engagement de la main. En outre, les doigts auront difficilement sur l'occiput une prise solide, et la cause qui a déterminé la présentation agira sans cesse pour la reproduire, malgré les efforts de l'accoucheur.

Quant aux dangers, ils sont les mêmes que ceux que j'ai énumérés à l'occasion du redressement manuel des variétés pariétales (écoulement du liquide amniotique, procidence possible du cordon, d'un bras, de deux bras). Aussi cette manœuvre est en général bannie de la pratique. Il faut alors, après que l'insuffisance des contractions est bien démontrée, recourir au forceps.

b. *Forceps.* — La tête sera prise d'une bosse occipitale à la bosse frontale opposée, quelquefois même du front à l'occiput, quand la disproportion qui existe entre elle et le bassin l'aura obligée à se placer transversalement. Comme on le pense bien alors, on ne pourra pas fléchir la tête à l'aide de cet instrument ; il peut servir seulement à l'engager. (Voyez *Vices de conformation du bassin* et *Application du forceps.*)

§ 3. — Variétés occipitales.

On ne pourrait expliquer le défaut d'engagement de la tête, qui se présente en variété occipitale, que par une flexion outrée de la tête, laquelle placerait la partie postérieure du cou de l'enfant en rapport avec le détroit supérieur, et alors ce ne serait plus une variété occipitale, mais une présentation de la partie postérieure du cou, présentation que les auteurs regardent comme impossible chez un fœtus qui a dépassé le terme de la viabilité. Bien plus, cette présentation, si elle était possible chez un fœtus à terme, finirait tôt ou tard par s'engager par l'abaissement spontané de l'occiput, dans le détroit supérieur. Cependant, que devrait-on faire dans le cas où cette variété exagérée serait reconnue au détroit supérieur? D'abord redresser l'utérus, s'ily a inclinaison, puis examiner attentivement i le défaut d'engagement ne tient pas à une autre cause qu'à la

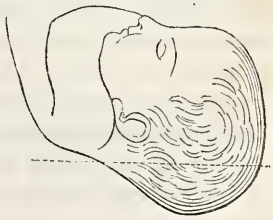


Fig. 137.

présentation ; et lorsqu'on se sera bien assuré que tout concourt à favoriser l'engagement, et que cependant il ne peut s'effectuer, on tâchera de corriger la présentation. On a conseillé, pour y réussir, une manœuvre qui est l'inverse de celle que j'ai décrite pour ramener l'occiput dans la variété frontale ; elle consiste à agir sur le front à l'aide de la main droite, si le front est à gauche, et réciproquement, et à l'abaisser pour ramener le sommet au centre du détroit supérieur. Cette opération est peut-être plus difficile encore que les précédentes ; à son accomplissement sont attachés les mêmes douleurs, les mêmes dangers : on devrait donc lui préférer la version pelvienne.

Observations sur toutes les variétés de présentation du sommet.

En résumé, toutes les variétés de présentation du sommet doivent permettre tôt ou tard l'engagement de la tête, soit en se redressant, soit en s'engageant inclinées ; quand cela n'aura pas lieu, on devra presque toujours en accuser une cause étrangère, telle que l'inclinaison de l'utérus, l'insuffisance des contractions, et surtout une disproportion notable entre le volume de la tête et les dimensions du détroit supérieur.

En effet, toutes les fois que la tête occupera la partie inférieure de l'utérus, si elle n'est pas défléchie (*étendue*), la partie la plus acuminée de cette présentation, l'occiput, glissera nécessairement, par le fait des contractions, jusqu'à la partie la plus déclive de cette espèce d'infundibulum que représente le segment inférieur de l'utérus, et s'engagera dans l'orifice. Si la tête est étendue comme dans la présentation de la face, ce sera le menton qui tôt ou tard s'engagera le premier.

Une autre circonstance qui, lorsqu'elle coïncide avec ces variétés et retarde l'engagement de la tête et pourra faire croire que le défaut d'engagement dépend de la présentation, c'est l'irrégularité des contractions. En effet, une personne peu habituée aurait lieu de s'étonner de voir la tête rester au détroit supérieur, malgré l'énergie soutenue et la continuité des contractions ; elle se croirait tout naturellement en droit d'attribuer le retard à la présentation qui ne lui paraîtrait pas régulière, quand, d'ailleurs, il n'y aurait ni inclinaison de l'utérus ni rétrécissement du bassin. Tandis que ce sont ces contractions pathologiques qui, ballottant l'enfant de droite et de gauche, ne déterminent pas son engagement, tout en produisant de vives et continuelles douleurs. Je suis même convaincu que si l'on a cru si longtemps aux inconvénients de la

variété occipitale en particulier, c'est qu'on a attribué à la présentation des difficultés qui dépendaient de la circonstance que je viens de signaler et qui, comme on l'a vu, lui est tout à fait étrangère. Aussi, l'accoucheur devra-t-il, dans ce cas, constater le type des contractions pour les régulariser au besoin. (Voyez *Contractions pathologiques.*)

ARTICLE V.

FŒTUS MULTIPLES ISOLÉS.

Le plus ordinairement, le travail de l'accouchement dans les cas de fœtus multiples est plus rapide que dans les cas de fœtus unique. En effet, les jumeaux naissent ordinairement avant terme, et sont alors expulsés plus rapidement en raison de leur petit volume.

Quelquefois l'utérus, après avoir chassé le premier produit, revient sur lui-même et cesse de se contracter. Il se fait un temps d'arrêt plus ou moins prolongé, mais qui dépasse rarement une demi-heure, les douleurs renaissent, et le second enfant est expulsé; il en serait de même d'un troisième et d'un quatrième, s'ils se trouvaient contenus dans l'utérus.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il peut arriver que l'expulsion des autres enfants ne se fasse que plusieurs heures, plusieurs jours même après le premier accouchement. L'accoucheur doit-il attendre que ces expulsions se fassent spontanément, ou doit-il les solliciter ? Si la mère n'a pas été fatiguée par le premier travail, si les produits se présentent bien au détroit supérieur, si l'utérus rétracté en partie se contracte avec assez d'énergie, l'accoucheur, après une heure d'attente, devra rompre la poche amniotique, frictionner l'utérus pour réveiller sa contractilité, afin d'éviter une hémorrhagie ultérieure et d'activer l'expulsion des autres enfants qui seront chassés d'autant plus facilement hors des organes maternels, qu'ils trouveront ces organes plus récemment dilatés par le premier accouchement.

Quand la sortie du premier enfant a été longue, ou a nécessité l'intervention de l'art, et que la mère est affaiblie, épuisée, il faut terminer l'accouchement, mais en ayant la précaution de ne pas vider l'utérus trop rapidement, afin que cet organe, qui a subi une distension considérable pendant la grossesse, ne tombe pas dans l'inertie.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes les circonstances qui peuvent compromettre la vie de la mère ou celle des enfants, récla-

ment l'intervention de l'art dans ce cas tout aussi bien que dans les autres. Mais il est indispensable de préciser les indications que requièrent certains accidents propres aux grossesses multiples.

§ 1. — Présentation de deux têtes.

Deux fœtus peuvent se présenter simultanément au détroit supérieur par la tête, et gêner réciproquement leur expulsion ; ce cas est très-rare : il suffira, pour remédier à cet inconvénient, de soulever la tête la plus mobile pour permettre l'engagement de l'autre.

C'est à l'aide de ce procédé que je parvins à délivrer une femme enceinte de trois garçons, auprès de laquelle j'avais été demandé par une sage-femme.

La tête d'un des enfants se présentait en position secondaire occipito-antérieure ; elle était petite et assez mobile dans l'excavation, pour que les contractions, quoique faibles, n'eussent dû depuis longtemps l'expulser, si les épaules n'avaient été retenues au détroit supérieur. Ma main droite, introduite assez facilement entre la tête et le sacrum, pénétra jusqu'au détroit supérieur, et je reconnus alors la cause du retard de l'accouchement. Une seconde tête se présentait après la première, et était fortement fixée au détroit supérieur ; elle s'était logée dans l'espace compris entre la tête et l'épaule du premier enfant, et s'opposait à l'engagement des épaules de ce premier fœtus ; je soulevai cette seconde tête, et les contractions, que j'avais ranimées à l'aide du seigle ergoté, ne tardèrent pas à dégager le premier enfant, qui fut suivi immédiatement du second. Ces deux produits avaient été contenus dans le même chorion. Quant au troisième enfant, qui était solitaire, son expulsion s'effectua par la présentation pelvienne, et sans rien présenter de remarquable. Ces trois garçons ont vécu trois jours. Le plus faible ne s'est éteint que le dernier.

L'engagement simultané de deux têtes constitue un cas de distocie peu commun, d'abord à cause de la rareté des grossesses gémellaires, ensuite parce que dans ces grossesses les produits ont rarement tous deux la tête placée inférieurement, et enfin parce que deux têtes ne peuvent s'engager que très-difficilement simultanément. Il faut, pour que cela puisse avoir lieu, que le bassin soit large et les têtes petites. Si les contractions sont énergiques, la nature seule triomphera souvent de cet obstacle ; mais supposons qu'il en soit autrement, supposons même que la main n'ait pas pu pénétrer jusqu'au détroit supérieur pour constater le genre d'obstacle, et ensuite, dans le cas où il serait apprécié, pour repousser la seconde tête. Quelle conduite l'accoucheur devra-t-il tenir? Après avoir tout fait pour ranimer les

contractions utérines, leur insuffisance étant bien constatée, l'opérateur, qu'il ait ou non diagnostiqué la présence de deux jumeaux, devrait appliquer le forceps sur la tête du premier enfant qui a pénétré dans l'excavation. Ce moyen devra suffire le plus ordinairement pour opérer le glissement des épaules du premier produit entre la tête du second et le détroit supérieur. Il pourrait arriver que les deux enfants fussent extraits simultanément, et dans ce cas, les épaules du premier serviraient à extraire la tête du second, exactement (qu'on me passe cette comparaison) comme le nœud d'une corde esert à retirer un bouchon de l'intérieur d'une bouteille.

Enfin, ce qui ne peut guère être supposé dans ce cas, si le forceps était insuffisant, on n'aurait de recours que dans un moyen extrême, la perforation du crâne du premier enfant, ou même l'aplatissement de cette première tête à l'aide du céphalotribe pour se frayer un passage jusqu'au détroit supérieur. Alors, on tenterait la répulsion de la seconde tête. Et si elle était impossible, il faudrait extraire par la détroncation la première tête brisée, pour extraire la seconde à l'aide du forceps. C'est ce que je fus obligé de faire dans l'autre cas de trijumeaux, dont j'ai parlé.

§ 2. — Présentation d'une tête et d'un pied.

La tête peut se présenter au détroit supérieur, accompagnée des pieds; si la nature ne triomphait pas de cet obstacle, ce qu'il n'est guère permis de supposer, et qu'on fût obligé de faire des tractions sur les extrémités inférieures du produit, il faudrait, comme je l'ai déjà dit, avoir soin de ne tirer que sur un seul pied, dans la crainte que les deux pieds qu'on engagerait n'appartinssent pas au même enfant. C'est même ce que l'on doit toujours faire quand on pratique la version dans les cas de jumeaux.

Engagement des pieds d'un premier produit et de la tête d'un second, les deux têtes se rencontrant en sens inverse.

Il peut arriver aussi, dans ce cas, que la tête du second enfant s'engage en même temps que le tronc du premier, qui est venu par l'extrémité pelvienne, et dont la tête est encore située au détroit supérieur. De sorte que la tête du premier enfant entraîne la tête du second, toujours comme le nœud d'une corde entraîne un bouchon qui est resté dans une bouteille. Si les fœtus sont très-petits, ils peuvent être extraits ou expulsés ainsi; pour peu qu'ils soient d'un volume raisonnable, le passage simultané des deux sera fort difficile, mais il s'effectuera seul le plus ordinairement; si, enfin, cet en-

gagement n'était pas possible, il faudrait intervenir. Dans ce cas, l'accoucheur se gardera de tirer sur les pieds du premier enfant, mais tous ses efforts devront tendre à exercer des tractions sur la tête du second, si cette tête ne peut être repoussée. En effet, le premier enfant engagé par les pieds représente un cône dont le sommet s'est engagé avant la base; les parties, devenant de plus en plus volumineuses, à mesure qu'on les engage, seront de plus en plus difficiles à extraire. Le second enfant, au contraire, représente un cône dont la base s'est engagée avant le sommet, alors les parties à extraire, devenant de moins en moins volumineuses céderont plus facilement aux tractions. C'est donc sur la tête du second enfant qu'il faudra agir à l'aide du forceps; dans le cas où ce moyen serait impuissant, on se déciderait à tirer sur les pieds du premier enfant; enfin, si ces tractions n'amenaient aucun résultat, le crâne du second enfant devrait être perforé pour rendre l'extraction du premier plus facile.

Fig. 138.

M. Carrière, médecin à Saint-Dié, a communiqué à M. Stoltz l'observation suivante qui offre déjà un grand intérêt [1].

[1] Observation. — Chez une jeune femme de vingt ans en travail arrivée au terme de sa première grossesse, sans autre accident qu'un érythème prurigineux des parois abdominales, dû probablement à l'extrême distension des téguments, le 4 décembre, M. Carrière sentit distinctement une tête de fœtus à travers les parois utérines.

Il revint dans l'après-midi; le travail avait marché, et il ne fut pas peu surpris de trouver le pied droit dans le vagin. Il crut s'être trompé dans son premier diagnostic. Ce pied fut bientôt suivi de l'autre; vers huit heures du soir, les cuisses et le bassin étaient sortis; l'accoucheur fut frappé du peu de volume de ces parties. Il comptait dès lors achever facilement l'extraction du reste; il fut donc fort surpris d'éprouver une certaine difficulté pour atteindre et dégager les bras; et bien plus encore, quand

ARTICLE VI

FŒTUS MONSTRES.

Je n'ai pas à m'occuper ici des acéphales, des anencéphales, etc.; leur expulsion est, en général, aussi facile que le serait celle d'un enfant bien conformé.

Cependant cette proposition n'est pas exacte d'une manière absolue, et chacun sait qu'il n'est pas très-rare de rencontrer l'excès de volume du tronc dans ces cas de monstruosité.

Excès de volume qui peut obliger à intervenir. — En voici un exemple remarquable.

Je fus appelé, le vendredi 3 mars 1843, à deux heures et demie après midi, par MM. les docteurs Dop et Perdrix, pour terminer un accouchement laborieux.

Depuis vingt-quatre heures, les épaules d'un fœtus anencéphale monstrueux étaient retenues au détroit supérieur, et elles avaient

les bras étendus le long du tronc, il lui fut impossible d'amener les épaules au dehors. Nous le laisserons maintenant poursuivre son récit.

« Le cordon ombilical avait cessé de battre, le temps pressait, il fallait en finir. J'exerçai des tractions de plus en plus énergiques, qui restèrent infructueuses. Après quelques minutes de tentatives, j'essayai d'introduire la main pour arriver à l'étrange obstacle qui m'arrêtait. Le détroit supérieur était occupé par une tête plongeant en partie dans l'excavation, et présentant son diamètre fronto-occipital dans une direction un peu oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. La grande fontanelle se trouvait presque au centre, tandis que la petite, située en arrière, était inaccessible. Ce fut seulement alors que je reconnus la véritable situation des choses. Cette tête était celle que j'avais sentie le matin. Il y avait donc deux enfants qui se correspondaient par leur plan antérieur, et dont l'un se présentait par l'extrémité pelvienne, et l'autre par la tête. Le premier avait glissé sur celui-ci, et s'était engagé d'abord en refoulant et faisant remonter la tête de l'autre, qui occupait auparavant le segment inférieur. Mais bientôt les deux têtes s'étaient rencontrées et accrochées l'une à l'autre par la face : l'expulsion du premier enfant s'était alors arrêtée; les efforts de traction que j'avais ensuite opérés sur lui n'avaient abouti qu'à enclaver et fixer solidement la tête de l'autre au détroit supérieur, tandis que la sienne se trouvait retenue au-dessus de la symphyse pubienne.

« Sans perdre un seul instant, je fis relever fortement le tronc de cet enfant, afin de dégager un peu le passage, et j'appliquai le forceps sur la tête de l'autre. Cette opération se fit sans trop de difficultés, et, après quelques instants de tractions médiocres, j'amenai un enfant vivant, qui respira et cria après son extraction. Ce fut seulement alors que j'achevai d'extraire le premier, qui était mort. La délivrance suivit immédiatement; il y avait deux placentas confondus seulement par une partie de leur circonférence. »

M. Stoltz, dans les réflexions qu'il a jointes à cette observation, dit qu'il n'a trouvé aucun fait semblable dans les auteurs; si le hasard lui avait fait ouvrir mon livre (2e édit., p. 460, et la fig. 138), il aurait trouvé un fait analogue.

résisté aux tractions énergiques exercées sur les tissus de la tête, qui avaient pénétré facilement jusque dans l'excavation.

A mon arrivée, je tentai encore avec les mains quelques tractions sur la tête, mais je ne persistai pas, car la sensibilité du segment inférieur de l'utérus et celle des parties maternelles qui tapissent le détroit supérieur avait été tellement exagérée par la compression énergique exercée pendant vingt-quatre heures par le fœtus, que ces tractions, même modérées, faisaient pousser des cris à la patiente. Ces tractions étaient d'ailleurs sans effet et n'auraient servi qu'à augmenter la contusion des organes, et à déterminer ultérieurement des fistules vésico ou recto-vaginales, ou des abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal.

J'introduisis alors un crochet mousse jusqu'au détroit supérieur; je le fixai dans le creux de l'aisselle de l'épaule gauche, qui était située en arrière; mais je ne pus réussir qu'à abaisser un peu cette épaule. Le reste du tronc restait comme cloué au détroit supérieur. Dès lors, nous vîmes que le seul moyen de sauver la mère c'était de pratiquer l'embryotomie. Cette résolution était d'autant plus facile à prendre que l'enfant avait cessé de vivre, et que, quand même il eût été vivant, la monstruosité dont il était atteint l'empêchait d'être viable. Je laissai donc le crochet engagé, et je pratiquai, à l'aide des grands ciseaux courbes, la section du cou, puis celle de l'épaule, afin de me ménager plus de place dans l'excavation et au détroit supérieur.

La tête et le bras enlevés, je cherchai à saisir l'autre épaule, mais cela ne me fut pas possible. Il fallut recourir au céphalotribe.

L'application de cet instrument ne présenta pas de difficultés. Les parties fœtales une fois réduites de volume en différents sens, quelques tractions suffirent pour engager les épaules. Cela fait, je désarticulai l'instrument, et je terminai l'extraction à l'aide de la main. Trois quarts d'heure après mon arrivée, tout était terminé.

Les suites de couches ne présentèrent aucune des complications auxquelles on aurait pu s'attendre. Seulement, la compression supportée par la vessie obligea à sonder la malade deux fois, puis après, les urines reprirent leur cours naturel. La malade put être reconduite chez elle, à quelques lieues de Paris, le quinzième jour. Chose remarquable, le vingt-quatrième jour seulement il se manifesta une fistule vésico-vaginale, dont M. Dop parvint à guérir la malade au moyen d'un procédé qui lui est propre et qu'il compte publier.

L'examen de l'enfant, et de la tête surtout, a été fait avec le plus

grand soin en présence de MM. les docteurs Dop, Perdrix, Camus, Devilliers fils et Crouzet.

Le tronc de l'enfant ne présentait à noter que des dimensions considérables en tous sens. Le diamètre bis-acromial a 16 centimètres un quart ; le poids du tronc, sans la tête, est de 4 kilogrammes. La longueur totale, de la tête aux pieds, est de 50 centimètres.

On comprend qu'avec de semblables proportions et dans les dispositions où se trouvait la mère, l'expulsion de l'enfant n'ait pu s'opérer par les seules forces de la nature. En effet, la mère est une demoiselle primipare âgée de quarante-trois ans, et chez laquelle il existe un rétrécissement notable du détroit supérieur.

§ 1. — Fœtus multiples adhérents.

S'il est possible de constater la grossesse double, il est tout à fait impossible de s'assurer par avance de l'adhérence des deux produits, quand les membranes sont intactes. Mais après la rupture de la première poche, s'il s'en rompt immédiatement une seconde, sans que le premier produit soit engagé, on doit croire à l'isolement des enfants, surtout si la tête et les pieds sont sentis en même temps à l'orifice. En effet, les fœtus isolés ont ordinairement chacun leur œuf distinct, et alors il s'opère deux ruptures; et, de plus, les pieds et la tête d'un seul, ou bien les pieds d'un produit et la tête d'un autre, peuvent très-bien s'engager simultanément quand les fœtus sont isolés. Mais lorsque les fœtus sont unis, ils sont contenus dans un seul œuf, il n'y a alors qu'une seule rupture de la poche, et comme ils ne sont jamais adhérents tête-bêche, si plusieurs parties s'engagent au détroit supérieur, ce ne pourra être que plusieurs têtes ou plusieurs membres inférieurs.

Si maintenant deux têtes et deux extrémités pelviennes se présentaient simultanément, ce qui pourrait aussi avoir lieu dans le cas de fœtus séparés, l'introduction de la main dans l'utérus pourrait seule éclaircir tous les doutes.

Mais il ne faudrait pas, dans le cas où l'on soupçonnerait l'union des produits, commencer par introduire la main dans l'utérus, il faudrait constater par avance l'impuissance de la nature qui, bien souvent dans ces circonstances, suffit seule à déterminer l'expulsion. Du reste, le mode d'expulsion et les procédés opératoires varient suivant l'espèce de monstruosité.

A. *Fœtus accolés par la tête ou le siége.* — Quand le point de réunion est flexible, les deux enfants peuvent chevaucher l'un sur l'autre et être expulsés ainsi assez facilement. Dans le cas contraire, et si sur-

tout les fœtus sont à terme, l'art est obligé d'intervenir. Pour cela l'accoucheur exercera des tractions sur une des deux parties et repoussera l'autre, de manière à produire le chevauchement; si cette manœuvre est inutile, il tentera d'extraire toutes les parties simultanément, soit à l'aide des mains, soit à l'aide du forceps. Enfin, dans le cas d'insuccès, il aura recours, sans scrupule, à la mutilation du produit. Il est inutile d'ajouter que, dans un cas semblable, on ne devrait pratiquer sur la mère aucune opération pour favoriser l'extraction d'un produit monstrueux, cette pratique ne devant pas même être suivie pour un enfant bien conformé.

Capuron a fait à l'Académie un rapport très-intéressant sur un fait de ce genre.

Il s'agit d'un fœtus à terme, composé de deux corps très-bien conformés, bien développés, et unis par-devant depuis le haut du thorax jusqu'à l'ombilic commun, de deux têtes séparées et de huit membres distincts, dont quatre supérieurs et quatre inférieurs.

Ce fait est d'abord remarquable par les grandes difficultés qu'il a présentées, par l'extrême embarras où s'est trouvé l'accoucheur, qui était seul, sans secours, encore jeune, et presque au début de sa pratique (le fait datait d'environ quarante ans : il était de 1808), et enfin par l'habileté et le sang-froid avec lesquels ont été exécutées de pénibles et dangereuses manœuvres pour extraire de l'utérus, par la voie naturelle, ces deux enfants bizarrement réunis, sans compromettre la vie ni la santé de la mère.

Voici en quelques mots l'histoire de ce fait curieux.

Appelé auprès d'une femme en travail depuis la veille, M. Derien constate la présence d'un pied hors de la vulve, mais il découvre aussi un autre pied qui dépasse à peine le détroit supérieur, et qui ne lui paraît pas appartenir au même individu ; il reconnaît alors une grossesse double. Après avoir amené à la vulve le second pied de l'un des deux enfants au niveau de son congénère et avoir vainement essayé d'amener ce premier fœtus au dehors, M. Derien se détermina à repousser les deux membres en partie engagés au-dessus du détroit supérieur sur la fosse iliaque gauche, et alla saisir les deux membres de l'autre enfant qui reposait sur la fosse iliaque du côté opposé. Mais entraînés hors de la vulve au même point que les deux premiers, il fut également impossible de les faire descendre plus bas. Introduisant alors la main droite dans l'utérus, il acquit la certitude que les deux jumeaux étaient unis par le thorax.

Après avoir longtemps hésité s'il essaierait d'extraire les deux troncs par le vagin, manœuvre la plus longue, la plus difficile et la

plus douloureuse pour la mère, ou s'il pratiquerait l'opération césarienne, M. Derien se décida pour le premier parti. Après avoir successivement extrait les deux pieds des deux enfants, et avoir, par des tractions convenablement dirigées, dégagé l'enfant double jusqu'aux régions lombaires et même jusqu'aux aisselles, puis fait descendre les membres supérieurs, vint le tour des deux têtes. Les deux têtes furent successivement extraites de la même manière, c'est-à-dire en entraînant chacune d'elles à son tour, à l'aide des doigts introduits dans la bouche, et en en achevant l'extraction par le forceps.

Le succès de cette longue et pénible manœuvre fut complet. L'accoucheur n'eut à déplorer aucun accident pour la mère.

Le monstre de la Châtre, sur lequel MM. A. Chereau et Fauconneau Dufresne ont fait, en 1845, un rapport à la Société de médecine du premier arrondissement, a été expulsé spontanément. Il n'y avait qu'un seul placenta et un seul cordon ombilical. Ces enfants furent baptisées sous les noms de Philomène et d'Hélène. Du reste, j'engage à consulter l'intéressant et savant rapport qui contient la relation de ce fait.

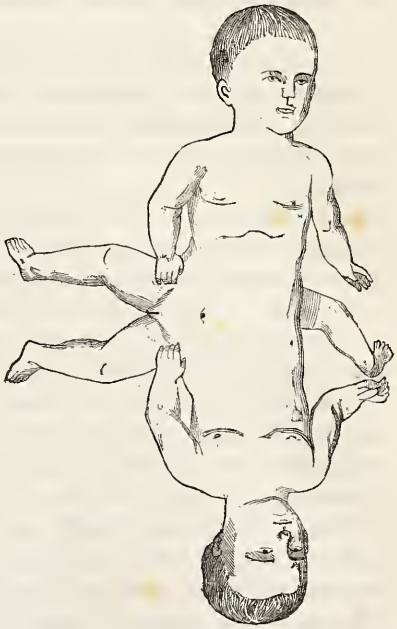


Fig. 139.

B. *Deux têtes pour un seul tronc.* — Si les deux têtes sont assez mobiles pour s'engager successivement, l'expulsion spontanée pourra très-bien avoir lieu ; mais si les deux têtes s'engageaient simultanément on agirait comme dans le cas précédent [1].

C. *Une seule tête pour deux troncs.* — Le volume de la tête ou celui des épaules peut seul mettre obstacle à l'accouchement.

[1] Voyez aussi un Mémoire de M. A. Dugès, *Sur les obstacles apportés à l'accouchement par la mauvaise conformation du fœtus.* (*Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1828, t. I, p. 317 et suivantes.)

D. *Chaque tête a un tronc séparé, mais les troncs sont unis.* — Le chevauchement d'une partie sur l'autre peut seul permettre l'expulsion.

Dans le cas où il n'aurait pas lieu, on agirait comme précédemment en A.

Roideur cadavérique de l'enfant.

M. Duparcque a signalé le premier cette cause de dystocie, qui, dans le cas où il l'a observée, avait créé des difficultés très-sérieuses, mais dont cet habile praticien a triomphé.

ARTICLE VII.

OBSTACLES DÉTERMINÉS PAR LES PARTIES MOLLES.

§ 1. — Union des grandes et des petites lèvres.

Si cette union est congéniale, elle ne peut être qu'imcomplète, sans quoi la conception n'aurait pu s'opérer ; et si elle est complète, elle ne peut s'être effectuée qu'après la fécondation et accidentellement.

Dans presque tous les cas, la nature triomphe de ces obstacles. Si cependant cette adhérence des lèvres s'opposait à la terminaison de l'accouchement, il faudrait pratiquer leur séparation à l'aide du bistouri ; c'est ce qui fut fait dans le cas suivant, où la femme était devenue enceinte, bien qu'il n'existât qu'un petit pertuis incapable de permettre les rapports conjugaux complets.

M. Bouten, accoucheur à Furnes, appelé le 10 septembre 1828, pour la femme de Charles Herwyn, cultivateur à Loo, conjointement avec deux confrères, reçut d'elle la déclaration qu'à l'âge de onze ans elle avait fait une chute d'un arbre sur un morceau de bois ; qu'il en était résulté une blessure très-grave aux parties génitales, blessure qui fut traitée et pansée par ses parents ; qu'après plusieurs mois de ce traitement la plaie et la vulve s'étaient fermées totalement et de manière à empêcher le cours des urines ; qu'un homme de l'art avait enlevé cet obstacle au moyen d'une incision ; que, depuis cette époque, les urines et les règles avaient pu couler librement par la petite ouverture située à la partie moyenne de la vulve. Cette femme, mariée depuis un an, devint enceinte. Au terme de sept mois, on trouva chez elle, les grandes lèvres agglutinées par une longue cicatrice, au milieu de laquelle se trouvait une petite ouverture fistuleuse et calleuse, donnant à peine passage à une sonde de gomme élastique ordinaire. On convint de ne pas remettre le dé-

bridement jusqu'au moment de l'accouchement mais de rendre immédiatement aux parties leur état normal.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : soutenu par un aide, un grand pli transversal fut fait vers la partie moyenne de la cicatrice, et au moyen d'une incision longitudinale très-profonde, on effectua la séparation des adhérences qui tenaient fortement le vagin serré vers le périnée. L'opérateur découvrit le méat urinaire, et y passa la sonde pour s'assurer si le canal n'était pas lésé. Les urines coulèrent librement par la sonde ; on ne trouva ni la membrane hymen, ni les caroncules myrtiformes. Ayant pratiqué le toucher, il parvint facilement jusqu'à la matrice, et il trouva un corps rond et dur qu'il jugea être la tête d'un enfant. Un grand tampon fut introduit pour empêcher les adhérences et tenir le vagin dans son état normal, et la plaie fut pansée, suivant la règle de l'art, jusqu'à parfaite guérison.

M. Rosserez, docteur en médecine à Loo, a fait savoir à M. Bouten que la femme est accouchée, six semaines après, d'un enfant à terme, et que l'accouchement s'est terminé naturellement; de plus, qu'elle a annuellement enfanté depuis.

§ 2. — Persistance de l'hymen.

Il est bien rare que la membrane hymen mette obstacle à l'expulsion du produit, et qu'on se trouve dans l'obligation de l'inciser.

§ 3. — Étroitesse et rigidité de la vulve; résistance du périnée.

Les contractions triomphent aussi le plus ordinairement de la résistance des parties externes ; mais cependant l'art doit quelquefois favoriser l'expulsion du produit, dans la crainte que la nature, en surmontant ces obstacles, ne cause des désordres plus ou moins graves. En effet, si le périnée est moins résistant que l'anneau vulvaire, il peut céder dans son centre et livrer passage à l'enfant, M. Moreau a cité plusieurs exemples de ces perforations centrales du périnée ; ou bien la vulve, le périnée, l'anus même, peuvent être plus ou moins compromis. J'ai observé dans ma pratique un cas de perforation centrale du périnée, l'enfant malgré une incision faite à la vulve, malgré mes efforts les plus énergiques, passa à travers le périnée. Mon ami, M. Ricord, fit à cette dame un périnée si bien confectionné que j'ai pu de nouveau l'accoucher sans aucun accident.

Enfin, la résistance des parties peut être telle, que l'expulsion du produit soit impossible ; et l'art doit encore intervenir.

On comprend facilement qu'on ne doit employer le forceps seul,

dans ce cas, que lorsque les parties ne sont pas résistantes, trop rigides. En effet, son usage déterminerait, dans la plupart des cas, malgré les plus grandes précautions, les accidents que l'on veut éviter : déchirure du périnée et de l'anus. Il faut, à l'exemple de M. P. Dubois, pratiquer obliquement, sur un des côtés inférieurs de la vulve distendue, une incision de 1 centimètre ou 2 d'étendue, à l'aide des ciseaux ordinaires, qui doivent être préférés au bistouri ; elle suffira pour permettre l'expulsion spontanée du produit ; et jamais, en supposant qu'elle s'agrandisse et se prolonge beaucoup, elle n'intéressera des parties qu'il est si important de ménager, l'anus et le rectum ; car ce prolongement s'effectuera obliquement[1], tandis qu'une déchirure, ayant toujours lieu sur la ligne médiane, peut, en se prolongeant, intéresser le sphincter de l'anus.

A l'aide de ce moyen, on donnera issue à l'enfant et l'on évitera les conséquences fâcheuses de son expulsion forcée.

Un très-grand avantage que cette incision a aussi sur les déchirures, c'est qu'elle se guérit très-rapidement, que la réunion complète s'en opère ; tandis que chacun sait qu'il n'en est pas de même des déchirures du périnée. Cela tient à ce que l'incision latérale n'est pas baignée continuellement, comme la déchirure, par les liquides qui s'écoulent des organes maternels.

Il est certains périnées qui sont tellement friables, qu'ils se déchirent sous la main la plus habile, et chacun connaît les déplorables conséquences d'un semblable accident. Quand le sphincter de l'anus se trouve atteint, toute l'existence morale de la pauvre femme est compromise; elle devient un objet de dégoût pour elle-même et pour les autres; et toute la vie de l'accoucheur *malheureux*, je me garde bien de dire maladroit, ne suffira pas à expier la somme de réprobation que cet accident viendra accumuler sur lui. Si, au contraire, quand cette déchirure est à craindre, et surtout quand elle est inévitable, vous acceptez cet accident pour en tirer le meilleur parti possible ; si vous faites une petite encoche de 1 centimètre avec les ciseaux sur le côté du périnée, au moment de sa plus grande distension, vous évitez souvent la déchirure, cette incision pouvant suffire à donner à la vulve assez d'ampleur ; ou, si la déchirure a lieu, au moins vous aurez marqué la place où elle devra se faire ; ce ne sera plus sur la ligne médiane, dans la direction

[1] Les choses se passèrent ainsi chez la nommée Leroi, primipare, sur laquelle M. P. Dubois fut obligé de pratiquer cette opération. Cette femme, qui présentait outre une étroitesse très-grande des parties externes, un rétrécissement du détroit supérieur, accoucha, le 7 décembre, d'un enfant vivant, qui pesait 7 livres. Elle guérit parfaitement, et quitta la Clinique le 21.

du sphincter, mais bien obliquement et dans une direction qui permettra aux organes d'être ménagés, quelle que soit l'étendue de la déchirure.

Que d'accidents cette excellente pratique de M. le professeur Paul Dubois n'a-t-elle pas évités ! Elle m'a rendu de si utiles services depuis vingt-cinq ans, que je ne saurais trop la recommander.

Que de fois, dès le début de ma pratique, et avant de connaître ce procédé, ne me suis-je pas senti inondé de sueur froide, en présence d'un périnée qui me semblait disposé à se rompre, accident auquel je sentais l'avenir de la femme et le mien attachés !

Pour l'accoucheur, le périnée, qu'on me passe cette comparaison, qui m'a valu bien des critiques, est une *toile d'araignée* à laquelle sont attachés d'un côté l'avenir moral de la femme, et de l'autre l'existence morale et physique de l'accoucheur. La déchirure partielle du périnée est un accident bien moins sérieux, heureusement, car il est bien fréquent, tous les accoucheurs de bonne foi conviendront, qu'il est bien difficile dans beaucoup de cas, quelque précaution qu'on prenne, quelque habileté qu'on puisse avoir, de préserver entièrement cette partie, quand les tissus sont rigides, que la vulve est étroite, et que l'enfant est volumineux.

Si la résistance était minime et que l'arrêt du travail dépendît aussi de ce que les contractions n'ont pas assez d'énergie pour vaincre la résistance des parties, il faudrait appliquer le forceps sans inciser, mais en redoublant de lenteur et de précaution.

Enfin, si dans un cas d'étroitesse très-prononcée des parties ou de résistance trop grande du périnée il y avait inertie, il faudrait bien, après avoir employé les moyens propres à ranimer les contractions, se décider à appliquer le forceps; mais alors, toujours on devra pratiquer une incision latérale de la vulve.

Il est bien difficile de déterminer exactement le moment précis où l'on devra agir, dans un cas de résistance trop grande du périnée et des parties molles. En effet, les indications sont subordonnées à la force du sujet, à l'état sanitaire de l'enfant, à la durée du travail, au temps qui s'est écoulé depuis l'engagement de la tête, à l'intensité des contractions utérines, etc.

Mais cependant on peut dire, en général, que lorsque la tête, après être arrivée dans l'excavation, est restée deux ou trois heures sur le périnée sans vaincre sa résistance, il faut agir. C'est le seul moyen de prévenir tous les accidents qui dépendent du séjour prolongé de la tête dans l'excavation ; telles sont la compression des parties maternelles, la gangrène de ces parties, les fistules vésico ou recto-vaginales; la mort de l'enfant, par suite du trouble apporté dans la

circulation utéro-placentaire, l'épuisement des forces de la mère ; l'inertie utérine, après l'extraction du produit, et l'hémorrhagie qui en peut résulter, etc.

Mais, s'il est indispensable d'intervenir en temps utile, il faut bien se garder de suivre le conseil de quelques médecins, qui font, dans ces cas, une règle habituelle de l'intervention, et qui usent trop légèrement et trop vite des moyens qui ne sont pas toujours sans inconvénients, surtout quand ils sont mis en usage par une main peu exercée.

C'est, au reste, à la sagacité de l'accoucheur à apprécier toutes les circonstances qui peuvent diriger sa conduite.

J'insiste à dessein sur ce point, parce que bien souvent j'ai été appelé, par de jeunes praticiens et par des sages-femmes encore peu expérimentées, pour appliquer le forceps, dans des cas où l'on croyait à la nécessité de terminer l'accouchement, et cela seulement après quelques heures d'un véritable travail ; tandis qu'il n'y avait qu'à attendre tranquillement l'expulsion, qui s'effectuait toujours spontanément peu de temps après mon arrivée, sans que je me sois vu le moins du monde obligé d'agir.

Une circonstance qui se présente assez fréquemment, et qui a bien souvent fait croire, à de jeunes accoucheurs, à un travail prolongé et par suite à la nécessité d'intervenir, tandis que ce travail était à peine commencé, c'est l'engagement prématuré de la tête, avant la dilatation du col utérin et par conséquent avant le travail ; la tête étant encore contenue dans l'utérus, dont le segment inférieur a été propulsé par cette tête jusque dans l'excavation, l'accoucheur qui, à son arrivée, la trouve sur le périnée, fait remonter le commencement du travail à une époque très-antérieure ; parce que la tête est aussi profondément engagée, il ne s'attache qu'à ce fait ; toutes les autres circonstances, caractère des douleurs, dilatation du col, passent inaperçues pour lui, et il pense devoir terminer un travail qu'il croit commencé depuis plus de temps qu'il ne l'est en effet ; jugez alors des désordres qu'une semblable méprise peut faire commettre. J'ai signalé déjà cette cause d'erreur, mais il est d'une telle importance d'éclairer le jeune praticien, dans ce cas, que je regarde comme un devoir de ne laisser échapper aucune occasion d'y revenir.

§ 4. — Étroitesse du vagin.

La nature se suffit presque toujours à elle-même dans ce cas ; la tête est le meilleur corps dilatant qu'on puisse imaginer ; elle agit graduellement, avec lenteur, en procédant par le haut du vagin, qui

est la partie la plus large de ce canal. Dans le cas où les contractions ne seraient pas assez énergiques pour déterminer cet engagement forcé de la tête, il faudrait les activer avant d'appliquer le forceps, etc.

Adhérences des parois vaginales et brides transversales.

Comme je l'ai dit à l'article *Grossesse*, ces vices de conformation ne présentent, dans la majorité des cas, aucune indication, ni pendant la grossesse, ni au moment du travail; j'ai cité l'exemple de cette jeune fille accouchée spontanément à la Clinique, quoique le vagin fût chez elle coupé transversalement par un diaphragme assez résistant, percé d'un petit orifice, et qui, avant l'accouchement, vu au spéculum, présentait cette forme (fig. 140), et celle-ci un mois

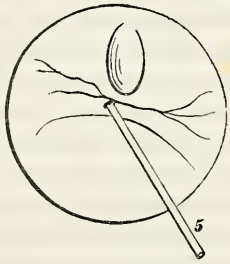


Fig. 140.

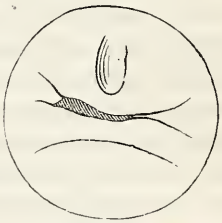


Fig. 141.

après l'accouchement (fig. 141). Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Les adhérences des parois vaginales entre elles, les brides, les diaphragmes congéniaux, qui ont pu permettre la conception, peuvent s'opposer aussi à l'accouchement. Dans ce cas, après que l'insuffisance des contractions utérines aura été bien manifeste, l'accoucheur devra détruire l'obstacle.

Les brides, les diaphragmes seront incisés crucialement. S'ils sont rapprochés de la vulve, après avoir vidé la vessie et le rectum, il suffira d'écarter les lèvres de la vulve pour en pratiquer la section. S'ils sont situés profondément, le spéculum sera indispensable. Dans tous les cas, on devra s'attacher à n'agir qu'avec une extrême lenteur, et n'inciser les tissus que couche par couche. On devrait redoubler encore de précautions si l'obstacle était déterminé par une adhérence des parois du vagin. En effet, le bistouri agit souvent dans ces cas en aveugle; il est bien difficile de déterminer exactement si l'on incise bien entre les deux feuillets, ou si l'on n'en attaque pas un plus que l'autre. Aussi, une fois les tissus incisés,

on devra s'attacher spécialement à détruire les adhérences, à l'aide d'un instrument mousse, le doigt, par exemple, pour éviter autant que possible d'intéresser la vessie ou le rectum. Ces opérations sont, comme on le pense bien, extrêmement difficiles et dangereuses ; fort heureusement la nature dispense presque toujours l'accoucheur de les pratiquer.

ARTICLE VIII.

INDICATIONS QUE LES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN ET L'EXCÈS DE VOLUME DU PRODUIT PRÉSENTENT A REMPLIR PENDANT LE TRAVAIL.

Que le bassin soit rétréci par le rapprochement de ses parois, ou par suite du développement de tumeurs solides, inhérentes au tissu osseux, les indications qui se présentent à remplir n'en seront pas moins les mêmes, elles varieront en raison du degré de rétrécissement, de l'intensité des contractions, de l'excès de volume du produit, de la réductibilité de sa tête. Mais malheureusement il n'est pas possible de tracer très-exactement la conduite que l'accoucheur doit tenir, le volume de l'enfant ne pouvant être apprécié avant sa naissance que très-approximativement. En effet, ce n'est que dans les cas d'hydrocéphalie seulement qu'on pourra juger du volume de la tête par l'écartement des sutures, et encore, dans ce cas, serait-il difficile de décider *à priori* à quelle opération on devra s'arrêter.

On pense généralement qu'il est facile d'apprécier exactement l'étendue d'un bassin vicié, et que, cette étendue fixée, il est également facile, dans les cas où le degré de rétrécissement exclurait la terminaison spontanée, de statuer sur le choix des procédés à mettre en usage, et sur le résultat qu'ils pourront fournir.

Certes, il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer d'une manière précise l'étendue d'un bassin rétréci, mais aussi il est des circonstances où cette fixation des diamètres échappera à tous les moyens d'investigation [1]; de plus, quand bien même cette appré-

[1] La *Gazette médicale de Strasbourg*, du 20 janvier 1842, p. 13, a signalé un exemple bien remarquable de ce fait, qui a été observé par M. Stolz, professeur de la Faculté. Le bassin de la femme qui fait le sujet de cette observation, était rétréci par une exostose placée derrière la symphyse des pubis; les dimensions du diamètre antéro-postérieur et les circonstances fâcheuses qui s'étaient rencontrées dans les accouchements précédents de cette femme, déterminèrent M. Stolz à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, mais le résultat ne fut pas celui sur lequel on devait compter ; des difficultés tout à fait inattendues se rencontrèrent lors de l'extraction du produit. La femme succomba, et l'autopsie permit de constater que le bassin était bien plus rétréci qu'on ne l'avait cru, par cette exostose très-volumineuse à sa partie antérieure, et que le doigt ne pouvait atteindre dans ce point.

ciation des dimensions du bassin aurait été faite, on ne serait pas encore pourvu de toutes les connaissances qui peuvent permettre d'établir le pronostic.

En effet, la configuration du bassin peut exercer une grande influence sur les résultats de l'accouchement, et cette configuration n'est pas toujours facile à déterminer exactement. Le degré d'énergie des contractions utérines, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, toutes circonstances dont la connaissance serait cependant indispensable pour établir le pronostic, tant leur influence est grande sur le résultat de l'accouchement, ne peuvent en aucun cas être appréciés à l'avance.

Ainsi, lorsque l'accouchement, spontané peut être espéré, il n'aura cependant lieu que si le volume de la tête de l'enfant n'excède pas les dimensions normales, que si cette tête est réductible, et que si les contractions utérines sont douées d'un degré d'énergie suffisant pour déterminer l'expulsion du produit.

A un degré de rétrécissement plus prononcé, alors qu'on ne peut plus compter sur l'accouchement spontané, on le voit cependant s'effectuer quelquefois quand le volume de l'enfant est moindre qu'à l'état normal, quand sa tête petite et très-réductible, quand les contractions sont énergiques, quand enfin, le bassin étant irrégulièrement conformé, un des diamètres obliques a gagné en amplitude ce que l'autre a perdu. Si le degré de rétrécissement ne peut pas laisser espérer l'accouchement spontané, l'application du forceps est alors résolue ; mais cette application ne sera suivie du résultat qu'on est en droit d'espérer que si l'on ne rencontre pas excès de volume, et irréductibilité de la tête de l'enfant. Enfin, dans le cas où le degré de rétrécissement exclut la possibilité de l'extraction du produit à l'aide du forceps, l'accouchement prématuré artificiel, si un parti a pu être pris pendant la grossesse, n'est-il pas soumis lui-même à toutes ces éventualités? Ainsi, après des tentatives d'accouchement prématuré, ne s'est-on pas vu quelquefois dans la nécessité de recourir au forceps, même à la perforation du crâne, parce que la tête était plus volumineuse et plus résistante qu'on ne devait le supposer légitimement?

Ce n'est, à mon sens, que dans les cas de rétrécissement extrême, 5 centimètres, qu'on peut statuer d'une manière exacte sur le pronostic et sur le choix des procédés. Les observations que j'ai déjà rapportées, pages 221, 224, 250, celles qu'on trouvera dans l'article suivant, viennent à l'appui de cette proposition, et les deux autres qu'on va lire comme contre-partie des faits précédents achèveront de lui donner une confirmation complète; car il est impossible d'at-

tribuer l'erreur au manque d'habileté d'hommes qui se sont fait dans la pratique une réputation justement méritée.

Observation. — La nommée Vente, âgée de vingt-deux ans, primipare, à terme, ressentit les premières douleurs de l'accouchement le 18 avril 1845, époque à laquelle elle fut en butte à de mauvais traitements dont elle porte les marques. A son entrée à la Clinique, le 21, elle éprouve des contractions assez énergiques; le toucher, pratiqué par M. P. Dubois et par M. Devilliers, permet de reconnaître environ 6 centimètres 1/2; le col aminci ne permet que l'introduction du doigt; les membranes sont entières. Le 22, l'état de la malade est loin d'être satisfaisant; le pouls est très-fréquent, la soif vive, la peau chaude, le visage coloré, les garde-robes fréquentes et liquides. Le 23, la malade est affectée de vomissements répétés, bilieux, mélangés de sang; la dilatation n'a pas fait de progrès; on rompt les membranes et l'on plonge la malade dans un bain à huit heures du matin; dans l'après-midi, les douleurs reprennent un surcroît d'activité; le sommet, placé en position occipito-iliaque gauche antérieure (première de Baudelocque), s'engage un peu, et M. Dubois, qui comptait être obligé de pratiquer la perforation du crâne, espère dès lors que l'accouchement pourra se terminer seul.

En effet, à dix heures du soir, la dilatation était complète, et l'accouchement se terminait trois quarts d'heure après. L'enfant, à terme, né vivant, mais faible, pesait 2,500 grammes; et les dimensions de sa tête, dont l'ossification était très-avancée, étaient celles-ci : occipito-frontal, 11 centimètres, occipito-mentonnier, 12 centimètres; bi-pariétal, 8 centimètres.

Le 24, la malade expira à la suite d'une métro-péritonite dont l'invasion avait précédé le travail.

L'autopsie permit de constater d'une manière exacte l'étendue du bassin; elle était de 7 centimètres pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, de 11 centimètres 1/2 pour le diamètre oblique droit, et de près de 12 centimètres pour le diamètre oblique gauche du même détroit.

Ainsi donc, la tête d'un enfant à terme, dans un état d'ossification avancé, et dont le diamètre bi-pariétal présentait 8 centimètres, a pu, en se réduisant de volume à l'aide de contractions utérines énergiques, et en choisissant le diamètre oblique gauche qui présentait quelques centimètres de plus en étendue que le diamètre oblique droit, s'engager dans un bassin qui ne présentait que 7 centimètres au plus d'avant en arrière.

Mais aurait-on dû à l'avance, je le répète, dans un cas sem-

blable, compter sur les ressources inespérées de la nature? Non, sans doute; ce n'était qu'au moment même, qu'on pouvait reconnaître l'inutilité d'un moyen jugé nécessaire auparavant; et certes, à un degré de rétrécissement aussi avancé, c'est un devoir pour le praticien de prévenir, avant terme, les conséquences funestes d'une extraction du produit pratiquée à terme dans des circonstances semblables.

Observation. — L'accouchement prématuré artificiel est pratiqué, le 10 février 1844, à sept mois et demi, sur une dame de la rue de Bussy, par M. le professeur Dubois, assisté de M. le docteur Saintard et d'un autre médecin, et après consultation faite avec MM. Hervez de Chégoin et Velpeau; certes, en supposant, ce qui n'est pas, qu'il y ait eu erreur, on pourrait se tromper en moins bonne compagnie.

Le bassin était assez rétréci pour que M. P. Dubois crût de son devoir d'insister, dans l'intérêt de la mère, pour que cette opération fût pratiquée. Cependant, une année après, le 3 juin 1845, cette dame accouchait spontanément, à terme, d'un enfant vivant qui pesait 7 livres, mais dont la tête était probablement fort réductible. Une sage-femme, Mme G , dont la conduite me paraît inexplicable, assura à cette dame, dès le début de cette seconde grossesse, qu'elle accoucherait spontanément à terme. Elle ne craignit pas d'assumer sur elle une responsabilité aussi grande, et elle ne frémit pas, dans sa témérité, à l'idée des accidents qui auraient pu résulter d'un accouchement à terme, accompli dans de semblables circonstances. Elle croit peut-être qu'elle a donné là une preuve d'habileté, et, certes, elle n'a pas eu de peine à le persuader aux gens qui environnaient la malade; car le succès est tout pour les gens du monde, tandis qu'à mon sens, en comptant, contre toute raison, sur les ressources inespérées de la nature, qui, par miracle, ne lui a pas fait défaut, elle a, par ce fait, démontré clairement qu'elle ignore tous les accidents qui sont à redouter dans un cas semblable, et elle a établi pour la mère un précédent qui pourra peut-être avoir un jour pour elle les conséquences les plus funestes.

En résumé, quelle que soit l'habileté de l'homme de l'art, il est dans les vices de conformation du bassin quelques variétés de forme de ce canal qui peuvent lui échapper, et qui cependant peuvent avoir une grande influence sur le pronostic de l'accouchement. Il est aussi d'autres circonstances, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, l'énergie des contractions utérines, et, suivant quelques auteurs, le degré de relâchement des symphyses du bassin qu'il est impossible d'apprécier à l'avance, et qui font aussi varier d'une manière inattendue les chances de l'accouchement.

Ici, c'est un accouchement à terme légitimement espéré, qui ne peut s'accomplir qu'à l'aide de moyens qui compromettent le salut de l'enfant, et quelquefois celui de la mère; là, un accouchement réputé impossible à terme, contre lequel on prend toutes les précautions que la prudence suggère, qui s'accomplit avec facilité à une couche suivante; une autre fois, un accouchement qu'on espère terminer à terme, seulement à l'aide du forceps, et dans lequel on se voit obligé d'employer la perforation du crâne, la céphalotripsie, etc., etc.

De tout ceci faut-il conclure qu'on doit rejeter des moyens d'investigation qui ne peuvent pas éclairer tous les points de la question, et qu'il faut compter quand même sur les ressources infinies de la nature?

S'il est, en effet, un moyen, quelque insuffisant qu'il puisse être quelquefois, de fixer autant que possible le praticien au milieu de toutes ces causes d'incertitudes, c'est bien l'appréciation aussi exacte qu'elle peut être faite des dimensions du bassin; elle seule permettra de prévoir les résultats probables et de faire le choix des procédés à l'aide desquels on est en droit d'espérer légitimement le meilleur résultat possible. Et quand bien même la nature viendrait, contre toute prévision, déjouer les calculs de l'art, on ne devra pas moins s'applaudir du parti qui aura été pris; car ce n'est pas sur des exceptions qu'il faut statuer, mais sur un grand nombre de faits identiques. Et il est bien certain, par exemple, que, sur cent bassins présentant 6 centimètres 1/2 on n'observera pas un accouchement spontané à terme, car toujours, dans ce cas, le forceps, insuffisant, sera meurtrier pour l'enfant, plus ou moins compromettant pour la mère, et la perforation du crâne et la céphalotripsie seront la seule ressource.

De même, si la connaissance de ces cas rares, où l'on a vu la nature triompher d'obstacles qui semblaient insurmontables, ne doit pas faire adopter l'expectation quand même, elle doit cependant nous tenir en garde contre trop de précipitation dans nos décisions, contre l'usage trop fréquent de moyens qui ne sont pas toujours inoffensifs pour la mère et pour l'enfant. Ainsi, peut-on espérer que la nature se suffira à elle-même chez une primipare? il faut attendre, pour agir, qu'il soit bien démontré, par le temps écoulé, quinze, vingt heures de contractions énergiques depuis la dilatation et la rupture de la poche, suivant la force du sujet que les contractions sont impuissantes à déterminer l'expulsion du produit.

Et dans les cas où cette expulsion ne peut être légitimement

espérée, quand, avant terme, on aura pu prendre un parti, il faut agir en temps utile en suivant les règles de l'art, et s'en remettre pour le reste à la Providence.

Enfin, si, dans le même cas, l'accoucheur n'est consulté qu'à terme, quoiqu'il semble certain que l'art sera la seule ressource de la femme, attendre encore pour laisser à la nature le temps de prouver son insuffisance ; tenter d'abord, mais avec la réserve compatible avec le salut de la mère, les moyens qui peuvent permettre d'extraire l'enfant vivant, puis, dans l'insuffisance de ceux-ci, recourir aux moyens extrêmes.

Pour faciliter l'étude des indications, je vais d'abord admettre que le vice de conformation a pu être bien apprécié à l'avance, en supposant à la tête son volume normal, et je tracerai les indications qu'il faut remplir à chacun des degrés de rétrécissement sur lesquels j'ai déjà établi les indications à remplir pendant la grossesse.

§ 1. — Quelle doit être la conduite de l'accoucheur, quand le bassin offre au moins 9 centimètres 1/2 dans son plus petit diamètre ?

Quand le sommet se présente à un bassin qui offre au moins 9 centimètres 1/2 dans son plus petit diamètre, il faut attendre et confier l'expulsion aux efforts naturels ; car l'accouchement spontané est très-possible dans de pareilles conditions. Ainsi, après la rupture des membranes et la dilatation complète, on peut rester inactif six, sept et même douze ou quinze heures, suivant la force de la femme ; la tête, poussée par les contractions utérines, s'engage d'abord par son extrémité, les os chevauchent fortement les uns sur les autres, l'occiput s'allonge, devient le siége d'une tumeur séro-sanguine considérable ; enfin, la base du crâne qui n'a que 8 centimètres franchit le détroit supérieur. Mais si, malgré des contractions soutenues et énergiques, qui se sont exercées pendant tout ce temps, l'obstacle n'a pu être vaincu, si la tête n'a fait aucun progrès parce qu'elle est trop volumineuse, il faut intervenir par l'application du forceps. De même, si la tête, depuis longtemps engagée dans l'excavation, était retenue au détroit inférieur, vicié, ou bien si ce détroit étant bien conformé, les épaules éprouvent de la difficulté à vaincre l'obstacle qui existe au détroit supé-

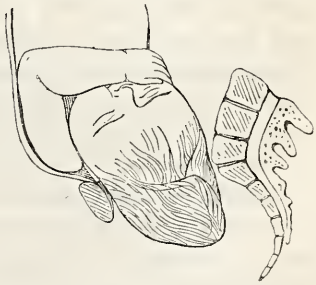


Fig. 142.

rieur, et qui a été vaincu par la tête, il faudrait agir un peu plus promptement.

Observation. — Madame H..., qui réclama mes soins, en 1840, m'offrit un exemple de ce fait.

Cette dame, d'une petite stature, a le bassin sensiblement rétréci, mais régulier dans sa déformation. Le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus de 9 centimètres 1/2 d'étendue. A sa première couche elle ne put être délivrée par son médecin qu'après une succession d'introductions de forceps et de glissements, qui durèrent depuis cinq heures du soir jusqu'à minuit. L'enfant était mort ; la mère, dangereusement malade, parvint enfin à se rétablir.

Cependant, malgré ces antécédents fâcheux, dans deux grossesses successives, à la suite d'un travail long et prolongé, elle accoucha spontanément d'enfants vivants, peu développés, et qui avaient la tête très-réductible. Après chacune de ces couches, elle fut encore extrêmement malade.

Enfin, en 1848, dix-huit ans après le troisième accouchement, elle devint enceinte ; mais les choses ne se passèrent pas aussi favorablement que dans les deux derniers accouchements. Parvenue à terme, l'ayant même certainement dépassé de quelques jours, cette dame me fit appeler ; et après un travail qui avait duré vingt-quatre heures, après douze heures de contractions soutenues et énergiques, la tête n'ayant pas avancé d'un millimètre, je me vis contraint d'appliquer le forceps au-dessus du détroit supérieur. Je fis mander M. Brazier, mon prosecteur, pour m'aider dans cette opération. La tête était en position occipito-iliaque gauche antérieure. J'appliquai les branches sur les côtés du bassin avec facilité ; l'articulation seule fut assez difficile à effectuer. La tête solidement prise, j'exerçai des tractions énergiques, qui eurent pour résultat de l'engager dans le détroit ; mais sentant que l'instrument lâchait prise, je le retirai et réappliquai de nouveau. Cette seconde application suffit pour dégager la tête. Le périnée, soutenu par M. Brazier, n'eut pas la plus légère atteinte, mais l'enfant fit quelques inspirations et expira. Cependant, l'opération n'avait en tout duré que vingt minutes. Une circonstance fâcheuse a pu aussi bien que le forceps, contribuer à hâter la mort de l'enfant : le cordon s'était échappé au-dessous de la tête lors de la première application.

La mère s'est rétablie parfaitement et plus rapidement qu'après les deux accouchements spontanés. Elle jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

Les difficultés qui se sont présentées dans le quatrième accouchement dépendaient, et du rétrécissement du détroit supérieur,

et surtout du volume énorme de la tête de l'enfant et de sa solidité ; elle était tellement ossifiée, que les sutures et les fontanelles étaient à peine sensibles.

Je ne puis signaler toutes les observations que j'ai recueillies depuis 1850 et qui se rapportent à ce degré de rétrécissement; appelé par un grand nombre de confrères de la ville et des environs, je les compte par centaines. Aux pages 224 et 250, on trouvera deux de ces observations envisagées à un autre point de vue.

§ 2. — Quelle doit être la conduite de l'accoucheur, quand le bassin offre au plus 9 centimètres 1/2 et 7 centimètres au moins?

J'envisagerai d'abord les indications que ce degré de rétrécissement exige, l'enfant étant vivant ; et, pour mieux les préciser, j'admettrai avec M. P. Dubois deux subdivisions.

9 centimètres 1/2 à 8 centimètres.

Il faut attendre, comme dans le cas précédent, six, sept, douze ou quinze heures pendant lesquelles des contractions énergiques se seront exercées, car on possède de nombreux exemples d'expulsion spontanée à ce degré de rétrécissement ; mais, après ce temps écoulé, l'insuffisance des contractions étant bien constatée, on appliquera le forceps [1]. Si des tractions faites convenablement sont inefficaces, on retirera l'instrument, et on laissera les contractions utérines s'exercer encore pendant une heure ou deux si la femme n'est pas épuisée ; puis on réintroduira l'instrument. Si cette seconde application est sans résultat, alors l'impossibilité de l'expulsion spontanée étant bien constatée, il faudra diminuer le volume de la tête du produit, quand bien même il serait encore vivant. En effet, on

[1] La naine Leprati, âgée de vingt et un ans, que chacun a pu voir figurer sur un de nos petits théâtres, parvenue à terme, n'avait pu être délivrée, malgré les tentatives de quatre médecins qui l'assistaient. Le bassin présentait chez elle à peu près 8 centimètres. M. P. Dubois l'accoucha à l'aide du forceps seulement au milieu du coma qui avait succédé à plusieurs accès d'éclampsie. L'enfant avait cessé de vivre.

Cette petite femme, à laquelle je fus chargé de donner les soins ultérieurs que réclamait son état, se rétablit parfaitement. Je pus, quelque temps après cet accouchement, la faire voir à M. Montgomery.

Devenue enceinte de nouveau, elle réclama les soins de M. P. Dubois, en temps utile, et il fut possible de la faire accoucher prématurément d'une petite fille bien portante, que la mère avait même commencé à nourrir, mais qu'elle ne put continuer à allaiter. M. P. Dubois a publié la relation de ce fait (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1840, t. V, p. 25 et suiv.).—

a tenté, pour sauver l'enfant, tout ce qu'il était possible de tenter : c'est à la mère qu'il faut songer maintenant. L'accouchement ne peut s'effectuer, à moins qu'on n'agrandisse la voie que doit parcourir le fœtus, ou qu'on ne réduise le volume de ce dernier : le choix ne peut être douteux. Malgré ce qu'il y a de pénible à sacrifier un enfant vivant, on ne doit pas cependant hésiter ; car, si à l'exemple de quelques accoucheurs français, on attend, pour agir sur l'enfant, qu'il ait cessé de vivre, on ne le tue pas, il est vrai, mais on le laisse mourir, ce qui pour lui revient exactement au même, et ce qui est bien différent pour la mère. En effet, la mort de l'enfant peut se faire beaucoup attendre, et, pendant tout ce temps, la femme est exposée à toutes les douleurs et à toutes les angoisses d'un travail infructueux ; sa vie peut être compromise, sinon immédiatement, du moins par les conséquences fâcheuses d'un travail trop longtemps prolongé, et on éterniserait inutilement ses douleurs ; on l'exposerait à de grands dangers, pour ne pas porter atteinte à la vie d'un enfant dont la viabilité est déjà compromise et dont on attend la mort à chaque instant [1].

En vérité, la conduite de nos voisins d'outre-mer me semble bien plus raisonnable : quand l'accouchement est réputé impossible, quand tous les moyens d'extraction compatibles avec le salut de l'enfant et celui de la mère ont été employés sans succès, ils n'hésitent pas à agir sur l'enfant en temps utile, et, par une *sensiblerie* qu'on ne peut comprendre, ils ne sacrifient pas la mère par une expectation coupable. On comprend cependant que, réduit à une semblable nécessité, l'accoucheur ne devra agir qu'après avoir pris l'avis de plusieurs confrères.

Observation. — *Rétrécissement du bassin. — Chloroforme ; forceps au-dessus du détroit supérieur : enfant mort dans une première couche. — Chloroforme; forceps : enfant vivant dans une deuxième couche. — Accouchement prématuré artificiel à huit mois, dans une troisième grossesse, chez la même femme : résultat heureux.* — Madame W. ne présente au détroit supérieur que 8 centimètres de passage entre le pubis et l'angle sacro-vertébral, qui est très-saillant. L'excavation a à peu près ses dimensions normales. Enceinte une première fois, elle arriva à terme en mai 1847. Rien dans son extérieur n'était venu révéler l'existence de cette proéminence de

[1] Depuis la publication de la première édition de ce livre (Paris, 1842, in-8), j'ai pu voir M. P. Dubois consacrer ce précepte par l'application du céphalotribe sur un enfant vivant.

l'angle sacro-vertébral : le toucher seul, au moment du travail, vint rendre évidente l'existence de ce vice de conformation. Cette dame, après une journée pénible, fut en proie, toute la première partie de la nuit, à des douleurs intolérables ; plus de quinze heures après la rupture des membranes, la dilatation étant complète, je pratiquai l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, la patiente ayant été chloroformisée jusqu'au premier degré d'insensibilité. L'enfant, extrait avec de grandes difficultés, avait succombé : c'était une fille.

En 1849, cette dame redevint enceinte. Arrivée à terme, elle fut prise, le matin du samedi 5 janvier 1850, des premières douleurs de l'accouchement. Le travail se manifesta de la même manière que la première fois ; le soir, survinrent encore des douleurs aussi intolérables qu'en 1847. J'avais été si péniblement impressionné par l'affreuse nuit passée deux ans auparavant auprès de cette pauvre dame, qu'immédiatement je fis usage du chloroforme inspiré. La malade était couchée ; aussitôt qu'elle sentait la douleur venir, elle se précipitait sur le flacon que je lui présentais, aspirait avec force le chloroforme ; et cette contraction, productive, quelques minutes auparavant, d'une douleur insupportable, passait presque inaperçue ; madame W... conservait sa gaieté pendant les intervalles des inspirations et toute sa présence d'esprit pendant l'inspiration : « Comme je sens, disait-elle souvent, que cette douleur aurait été forte ! » Et en effet, l'utérus se contractait avec une énergie rare et avec une régularité parfaite. Vers le milieu de la nuit, les forces de la malade n'étant pas épuisées comme la première fois, les battements du cœur du fœtus conservant toute leur intégrité, je résolus, malgré l'inefficacité des contractions, de laisser à la nature tout ce que je pouvais encore lui accorder ; mais je priai mon ami, M. Belin, de venir me suppléer. Il continua, pendant tout le reste de la nuit, à faire respirer madame W... de la même manière, pendant que je pris quelque repos : 35 grammes de chloroforme furent ainsi inspirés dans la nuit ; enfin, à dix heures du matin, la tête n'ayant fait aucun progrès et restant toujours fortement serrée au détroit supérieur, j'appliquai le forceps comme la première fois, mais avec un résultat bien différent. C'était une fille vivante, dont l'extraction fut très-laborieuse, mais qui se ranima au bout de quelques secondes ; elle se porte aujourd'hui très-bien (16 juillet 1851). La mère, qui, comme en 1847, n'avait rien senti, a été rappelée complétement à elle par le premier cri si désiré de son enfant. Elle s'est parfaitement et promptement rétablie.

Les difficultés ont été les mêmes que la première fois. Le volume

de l'enfant était aussi le même ; le travail présenta exactement les mêmes phases. Comme la première fois, les contractions furent si énergiques, si soutenues, que l'enfant présenta, au moment de sa naissance, sur le haut du pariétal droit, un enfoncement dans lequel on aurait pu loger un petit œuf de poule. M. Baron, qui fut appelé, quinze jours après la naissance de l'enfant, pour la traiter d'une bronchite, put constater comme nous cet enfoncement, déterminé par l'angle sacro-vertébral. Certainement les contractions avaient dû être bien énergiques, pour avoir pu produire cet enfoncement ; le chloroforme ne les avait donc pas empêchées.

Cette pauvre dame, au lieu d'être livrée à des angoisses inexprimables, d'être véritablement à la torture pendant les longues heures d'une nuit entière, a pu entretenir la conversation avec nous, comme s'il se fût agi des simples douleurs d'un commencement de travail ; les assistants jouirent de cette tranquillité d'esprit qu'ils étaient bien loin d'avoir la première fois, et aucune douleur en rapport avec l'énergie des contractions ne venait révéler à cette dame le combat si constant et si énergique que l'utérus livrait en elle contre un obstacle qu'il s'efforçait en vain de surmonter.

Enfin, je crois que le résultat plus heureux pour l'enfant peut encore être attribué à l'atténuation des douleurs par le chloroforme. En effet, lors du premier accouchement, les douleurs étaient devenues si intolérables, l'état de désespoir auquel la femme et les assistants étaient livrés était tel, que je dus agir plus tôt que je ne l'ai fait depuis : je cédai, la première fois, à la crainte de voir ces douleurs si exagérées déterminer des convulsions, et il faut bien le dire aussi, aux supplications de la patiente, de sa famille, et à l'émotion bien vive que j'éprouvais moi-même ; je n'eus pas le courage de voir se continuer inutilement une semblable torture, mais la tête de l'enfant ne s'était pas encore moulée sur le détroit supérieur : elle fut plus difficile, et par conséquent plus longue à engager, et ce dernier point est capital pour l'enfant. La compression de la tête par le forceps, si différente de cette compression graduée que les contractions exercent sur la tête de l'enfant, fut presque instantanée ; aussi détermina-t-elle la mort. Le travail, en 1847, s'était déclaré le matin, et ce fut le jour suivant, vers trois heures du matin, que je le terminai. — En 1850, il commença de même le matin, et ne fut terminé que le lendemain à dix heures du matin, c'est-à-dire sept heures de prolongation de travail de plus qu'au premier accouchement ; la tête se moula en partie sur le détroit supérieur ; il fallut une compression moins énergique et des tractions moins longtemps continuées pour l'engager et l'extraire, et l'enfant survécut. Sans le procédé d'atté-

nuation de la douleur, aurais-je eu le courage de laisser cette malheureuse femme se tordre encore pendant sept mortelles heures sous des douleurs telles enfin qu'on les voit si souvent se produire dans les cas de vice de conformation du bassin?

Cette dame respira du chloroforme de huit heures du soir à dix heures du matin, c'est-à-dire pendant quatorze heures ; enfin elle fut plus fortement anesthésiée à dix heures (en s'arrêtant toutefois, comme je le fais toujours, à la première insensibilité), et cela avec des avantages marqués pour la mère et pour l'enfant.

Cependant ce résultat si heureux pour l'enfant ne peut être considéré que comme un fait exceptionnel. Combien peu résistent à des contractions assez longues, assez vives pour imprimer aussi fortement l'angle sacro-vertébral dans les os du crâne, et à des tractions si énergiquement faites avec le forceps ! Il était évident que s'il survenait chez cette dame une troisième grossesse, il y aurait indication précise de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel à huit mois, non-seulement dans l'intérêt de l'enfant, mais aussi dans celui de la mère. En effet, si le chloroforme, dans ces cas, rend supportables les vives douleurs d'un travail très-prolongé ; s'il épargne, au moment de l'opération, les angoisses et les douleurs quelquefois si intolérables qui résultent d'un engagement forcé de la tête dans un bassin rétréci, il est sans effet sur les conséquences de cette prolongation de travail, de ces tractions énergiques et longtemps continuées par l'accoucheur. Ces conséquences peuvent être : la contusion de la partie du segment inférieur de l'utérus qui correspond à l'angle sacro-vertébral, et même la perforation qui pourrait vers ce point suivre cette contusion ; la contusion du reste du segment inférieur de l'utérus, du vagin, etc. L'accouchement prématuré artificiel diminuera bien plus sûrement les douleurs de l'accouchement, le rendra bien moins dangereux pour l'enfant et moins pénible pour la mère. C'est ce qu'une troisième grossesse vint, à la fin de 1850, se charger de prouver.

Le 14 juillet 1851, madame W... atteignait son huitième mois accompli ; elle avait été baignée, rafraîchie convenablement, pendant les jours qui précédèrent. MM. Malgaigne, Baron, Désormeaux et Belin, appelés en consultation, constatèrent la nécessité de recourir à l'accouchement prématuré artificiel.

Le mardi 15, à neuf heures du matin, une petite éponge préparée fut introduite dans le col utérin, sans que madame W... eût éprouvé la plus légère sensation douloureuse. Elle passa la journée à faire préparer tout pour son accouchement, fit ses repas accoutumés, prit un bain, et n'éprouva pas le plus petit malaise. A cinq heures du soir,

je retirai l'éponge; le col, épais, était cependant suffisamment entr'ouvert; je pratiquai la rupture des membranes avec la plus grande facilité et sans douleur aucune; une petite quantité de liquide amniotique clair s'écoula. La nuit fut calme, madame W... dormit très-paisiblement et perdit encore quelques eaux. Le mercredi 16, elle déjeuna, et deux heures après, à neuf heures et demie du matin, je pratiquai le toucher. Le col était dans le même état; aucune partie ne pouvait être sentie au détroit supérieur. Un gramme de seigle ergoté fut administré en trois doses. De légères douleurs survinrent alors à onze heures; puis, à trois heures et demie, elles avaient fait place à des douleurs préparantes très-supportables, marchant avec une régularité parfaite, et qui permettaient à madame W... de lire et de rester debout. M. Belin vit madame W... dans ce moment, moi-même je la vis peu de temps après; rien ne faisait supposer une terminaison prochaine, et cependant à cinq heures et demie, elle accouchait spontanément d'une fille vivace, bien portante, et qui s'était présentée par l'extrémité pelvienne. La sage-femme, que j'avais placée auprès de madame W... comme garde, dans la prévision d'un accouchement rapide, si fréquent en pareil cas, reçut l'enfant. Nous arrivâmes, M. Belin et moi, pour constater l'heureux résultat. La mère jouit d'une santé parfaite, et l'enfant, aujourd'hui 15 juin 1852, est presque aussi forte que sa sœur aînée. MM. Villeneuve et Malgaigne sont venus constater le bon état de la mère et de l'enfant.

Observation. — *Bassin rétréci : 8 centimètres. — Forceps; perforation du crâne dans deux couches successives.* — En 1848, on vint me chercher pour une femme de Colombes, près Paris, en travail depuis trente-six heures. Le forceps, suivi de la perforation, fut indispensable pour délivrer cette femme, à cause du volume de l'enfant. Le docteur Giraud et moi, nous lui fîmes les recommandations les plus expresses de nous prévenir à sept mois, si une deuxième grossesse survenait; mais elle se garda bien d'en rien faire, et, à terme, dans l'hiver de 1849, elle me fit encore appeler. Le forceps et la perforation du crâne furent encore indispensables pour terminer l'accouchement. Mais j'affirmai cette fois à cette femme qu'à une troisième grossesse elle ne devrait plus compter sur moi après le terme de huit mois. En effet, il y a dans ce cas, ou jamais, indication de pratiquer l'accouchement prématuré.

Cette menace, qui ne serait certainement pas suivie d'effet, suffira-t-elle pour vaincre les craintes de cette femme de campagne ? On a lieu d'en douter, quand on voit de nos jours des médecins, qui de-

vraient être à l'abri de semblables préjugés, faire eux-mêmes obstacle à l'accouchement prématuré artificiel.

Le bassin n'a d'étendue que 8 centimètres au plus, et 7 centimètres au moins.

L'enfant étant vivant, l'expectation dans une juste mesure est encore est ici la règle. Car si le bassin n'a que quelques millimètres de moins que 8 centimètres, même à un degré de rétrécissement aussi prononcé, on a vu des enfants expulsés vivants, en vertu des circonstances suivantes : énergie des contractions utérines, réductibilité extrême de la tête, petitesse du produit, qui n'est pas à terme ; aussi doit-on tenter l'application du forceps comme dans le cas précédent, avant de se décider à suivre la pratique anglaise. Mais le forceps même, dans ce cas, quand il peut être appliqué, ce qui n'est pas toujours possible, cesse d'être un instrument inoffensif pour le produit, et il compromet plus ou moins les parties molles qui tapissent le rebord du détroit supérieur. Aussi ne doit-on pas trop insister dans ce cas sur l'usage de ce moyen, et, lorsque des tractions assez énergiques et quelque temps continuées n'auront amené aucun résultat, il faudra retirer l'instrument, et perforer le crâne.

Maintenant, dans ces deux cas, depuis 9 centimètres 1/2 jusqu'à 7 centimètres, si l'enfant était mort, il faudrait agir immédiatement sur lui, pour épargner à la mère tous les dangers d'un travail douloureux et prolongé. C'est aussi à ce degré de rétrécissement qu'on a conseillé la symphyséotomie, quand l'enfant est vivant ; mais, grâce à l'accouchement prématuré artificiel et à l'invention du céphalotribe, cette opération n'est plus pratiquée. Presque aussi grave pour la mère que l'opération césarienne, la symphyséotomie est loin d'en présenter les avantages pour l'enfant : il succombe quelquefois. De plus, au-dessous de 7 centimètres, cette opération ne pourrait plus être pratiquée : en effet, les 5 centimètres 1/2 d'écartement donnés à la symphyse, et c'est le *maximum*, ne fournissent que 1 centimètre d'augmentation dans le diamètre antéro-postérieur, et 7 millimètres par suite de l'engagement de la bosse pariétale dans cet écartement, ce qui fait 1 centimètre 1/2 d'augmentation totale. (Voyez *Symphyséotomie*.)

En supposant maintenant que le bassin présentât seulement 6 centimètres, cela ne donnerait encore de passage que 7 centimètres 1/2 au *maximum*. Cette étendue ne permettrait jamais l'expulsion spontanée, elle nécessiterait toujours l'application du forceps, quelquefois même la perforation du crâne.

§ 3. — Quelle conduite l'accoucheur doit-il tenir quand le bassin est au-dessous de 7 centimètres.

Dans ce cas, il est physiquement impossible que l'expulsion spontanée ou artificielle du produit vivant puisse avoir lieu; on n'a donc à choisir qu'entre la mutilation de l'enfant et l'opération césarienne. C'est un parti bien pénible à prendre, cependant le choix ne peut être douteux, et il me semble rationnel d'agir sur le fœtus quand bien même les battements de cœur ne seraient pas complétement éteints, toutes les fois qu'à l'aide de ce moyen il est possible de donner à la mère des chances de salut presque certaines.

En effet, l'expectation nécessaire pour constater l'influence des contractions, et les tentatives de l'art, bien que faites dans une juste mesure, auront déterminé la mort de l'enfant dans le plus grand nombre des cas, et dans ceux où, par une exception très-rare, quelques battements du cœur se feraient encore entendre, ce reste de vie intra-utérine ne prouverait pas que la viabilité extra-utérine du fœtus ne fût pas compromise et qu'extrait il pût vivre. Serait-il humain de sacrifier la mère presque à coup sûr à un produit dont la viabilité est si incertaine?

Dans ce cas encore, les indications varient suivant le degré du rétrécissement.

Le bassin présente de 7 centimètres à 5 centimètres 1/2 dans son plus petit diamètre.

Il est possible, à ce degré de rétrécissement, en réduisant le volume du produit par plusieurs applications successives du céphalotribe, de l'extraire, sans faire courir à la mère de trop grands dangers, surtout si, pour l'introduction des branches, on met en usage le procédé Félix Hatin, dont je détaillerai les avantages et que je ferai connaître au chapitre *Opérations obstétricales*, et si l'on use de certains conseils, de certaines précautions que j'indique en pareil cas, et dont je me suis constamment si bien trouvé dans les circonstances les plus difficiles de la pratique (voyez les observations à la page suivante). C'est au forceps céphalotribe de M. Baudelocque neveu qu'il faudra avoir recours; mais on doit proscrire avec énergie les crochets aigus dont sont armés la plupart des forceps: ce sont des instruments meurtriers que l'accoucheur ne peut guider sûrement, qui ne trouvent pas sur les parties fœtales où l'on cherche à les fixer une prise assez solide. Ils glissent aux premières tractions et vont déchirer plus ou moins profondément les parties de la malheureuse mère, qui succombe souvent à la durée des supplices que lui fait endurer cette affreuse manœuvre, avant même qu'elle soit terminée.

Le céphalotribe, au contraire, instrument éminemment utile, compte cependant comme détracteurs la majeure partie de ceux qui ne l'ont pas inventé, et tous ceux qui s'en sont servis sans succès. Mais il n'en demeure pas moins constant, pour tous les esprits éclairés et de bonne foi, que c'est un instrument précieux qui a déjà rendu et qui est appelé à rendre d'immenses services à l'art obstétrical. Bien souvent je l'ai vu employer par M. P. Dubois, et je l'ai employé moi-même, dans des cas où certainement autrefois on aurait mutilé la mère pour extraire le produit en lambeaux, et même où l'on se serait cru obligé de pratiquer l'opération césarienne. Et je crois extrêmement sage de se ranger à l'opinion de M. Velpeau : « Quand il serait prouvé que, jusqu'ici (1840), le céphalotribe a été plus funeste à la société qu'il ne lui a été utile, « je ne le regarderais pas moins comme la plus importante découverte dont l'art des accouchements se soit enrichi. »

Nul doute cependant que cet instrument n'ait de graves inconvénients dans des mains inhabiles, et quand ces mains se servent de procédés vicieux pour introduire l'instrument, et quand l'accoucheur ignore les précautions à prendre pour empêcher les esquilles qui perforent le cuir chevelu de déchirer les organes maternels quand il veut du premier coup extraire la tête brisée en un seul sens; mais qui osera avancer que, même dans des mains habiles, le céphalotribe est un instrument meurtrier, et que, *loin de décerner des récompenses à son auteur, on aurait dû le stigmatiser; que cet instrument est aussi dangereux, si ce n'est plus, que l'opération césarienne!....* Oui, dans des mains inhabiles, je le répète, le céphalotribe est tout aussi grave que l'opération césarienne. Oui, dans deux cas où il fut mis en usage par un de ses détracteurs depuis son invention, l'autopsie a révélé qu'une partie de l'utérus avait été arrachée en même temps que la tête de l'enfant. On trouve dans le mémoire de MM. Péreira et Lasserre[1] des faits de ce genre ; j'en possède aussi quelques-uns, recueillis par M. Honoré, dans son service à l'Hôtel-Dieu de Paris; mais, Dieu merci, ce n'est pas là la règle : ce n'est heureusement que la minime exception. On comprend qu'après de pareils insuccès, certains accoucheurs, dont les opinions peuvent faire loi parmi les élèves, inhabiles à les juger, s'élèvent si hautement contre le céphalotribe, proscrivent avec tant d'acharnement un instrument auquel ils veulent attribuer les désordres que leur impéritie seule leur a fait commettre.

En résumé, si des cas nombreux d'insuccès ont contribué à jeter

[1] *Archives générales de médecine*, janvier 18 3.

de la défaveur sur cet instrument, c'est que d'abord il a souvent été dirigé par des mains inhabiles; que toujours on ne se décide à l'employer que lorsque les manœuvres réitérées et de toute nature, ou la longueur du travail, ont compromis déjà la vie de la mère, ou enfin parce qu'on a réclamé les secours de l'art trop tard.

Que de fois ne nous a-t-on pas amené à la Clinique d'accouchements des femmes sur le point d'expirer! Comment penser alors que l'usage de cet instrument, conduit même par des mains aussi habiles que celles de M. P. Dubois, pourra être suivi de résultats aussi heureux que si l'opération était pratiquée en temps opportun [1]?

Enfin, malgré les dangers que cet instrument peut faire courir à la mère, il lui laissera toujours quelques chances de salut, même dans une main qui n'aurait pas toute l'habileté désirable, chances qu'elle ne trouvera pas dans l'opération césarienne.

Aussi devra-t-il, à ce degré de rétrécissement, toujours être préféré à la section césarienne, qui ne compte à Paris aucun succès depuis cinquante ans, et dont les exemples de réussite, dans les autres contrées, sont si rares.

Deux fois M. P. Dubois pratiqua la gastrotomie pendant mon séjour à la Clinique, avec succès pour l'enfant, mais les mères succombèrent. La dernière cependant survécut dix-sept jours, et fut enlevée par une affection tétanique, alors que l'état de la plaie et la santé générale de la malade pouvaient laisser espérer un succès

[1] Une femme en travail depuis cinq jours, chez laquelle le bassin n'avait que 7 centimètres fut amenée à la Clinique, dans un état voisin de la mort. M. P. Dubois pratiqua la céphalotripsie, et il éprouva d'assez grandes difficultés à extraire le tronc.

Une autre femme en travail depuis trois jours fut apportée à la Clinique dans le même état que la précédente. La face, le bras gauche et un pied occupaient le détroit supérieur sensiblement rétréci. Ces parties avaient été ainsi amenées au détroit supérieur par des tentatives infructueuses de version. M. P. Dubois perfora le front, et appliqua le céphalotribe. Le fœtus mort, depuis longtemps, était extrêmement volumineux.

Dans une autre circonstance, on appelle M. P. Dubois à l'Hôtel-Dieu, pour une femme en travail depuis vingt-sept heures, et chez laquelle ni M. Roux ni M. Danyau, son gendre, n'avaient pu extraire ni la tête ni le forceps qui était resté dans les organes maternels. C'est dans cet état que M. P. Dubois trouva la patiente. Il commença par extraire le forceps, puis il réduisit le volume de la tête à l'aide du céphalotribe ; mais l'enfant, ramolli, putréfié, se décapita, il fallut appliquer de nouveau le céphalotribe sur la poitrine.

Les trois femmes qui font le sujet de ces observations, que je choisis au milieu de plusieurs autres, succombèrent presque immédiatement après leur délivrance; mais cette mort ne peut, en aucune manière, être attribuée au céphalotribe, dirigé par un opérateur aussi habile que M. P. Dubois. La longueur du travail, les tentatives réitérées faites avant de recourir à des secours plus éclairés, doivent être accusées seules de ces désastres.

complet. Une troisième fois, en l'absence de M. P. Dubois, M. Moreau pratiqua cette opération ; mais l'enfant succomba en recevant le jour ; la mère expira quelques heures après l'opération.

Le céphalotribe aurait probablement permis de sauver cette femme, car elle présentait un peu plus de 7 centimètres. Peut-être en eût-il été aussi de même pour la nommée Aubertin qui présentait 57 millimètres, opérée le 17 juillet 1849, par M. P. Dubois ; et pour la femme Blondel, dont le bassin offrait 75 millimètres, opérée le 9 décembre 1849, aussi par le même professeur, tandis qu'elles ont succombé toutes les deux.

Observation. — *Bassin vicié : 75 millimètres. — Application du céphalotribe en* 1848. — *Application du forceps en* 1850. — *Enfant vivant. — Application du céphalotribe en* 1851. — Octavie Scion, rachitique au dernier degré, fut admise, en 1848, à la Clinique d'accouchements de la Faculté, au terme d'une première grossesse, et ne put être délivrée que par la céphalotripsie. Enceinte de nouveau, elle entre, le 8 mars 1850, à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marrotte. Elle était déjà en travail. Le lendemain au soir, malgré les efforts énergiques longtemps continués de la part de l'utérus et de la femme, la tête, en position occipito-iliaque gauche, presque transversale, restait au détroit supérieur. La patiente était épuisée, le pouls fréquent, la peau chaude, la voix éteinte, les pommettes colorées. Il était indispensable de mettre fin à cet état de choses.

Justement préoccupé des antécédents de cette femme, l'interne fit prévenir M. Marrotte, qui lui-même voulut s'assurer de mon concours pour le cas où M. Denonvilliers, qu'il faisait prévenir en même temps, ne serait pas libre. Il en fut autrement. M. Denonvilliers put se rendre à l'hôpital, et après avoir conféré, avec M. Marrotte et moi, de la gravité du cas, il voulut bien me confier le soin de délivrer cette pauvre femme. Elle fut amenée en quelques secondes jusqu'au premier degré d'insensibilité. Tout était préparé pour une perforation du crâne presque certaine, pour une céphalotripsie bien probable. Toutefois, l'enfant étant encore vivant, je crus devoir tenter une application de forceps. L'instrument fut porté très-haut par le procédé Hatin, afin de bien embrasser la tête, et un quart d'heure de tractions énergiques, séparées par quelque temps de repos, permit d'amener une fille vivante en état d'asphyxie, et qui, au bout de quelques minutes, était complétement ranimée. La mère, qui s'est parfaitement rétablie, fut tirée de l'état anesthésique par le premier cri de son enfant, dont la santé est aussi satisfaitsante que possible.

La tête de l'enfant était réductible, il est vrai, mais elle présente encore 9 centimètres pour le diamètre bi-pariétal, et 11 centimètres pour le diamètre occipito-frontal, dimensions qui sont celles du fœtus à terme ; le diamètre des épaules est de 11 centimètres. Quant aux mesures du bassin de la mère, elles ont été prises avec la plus rigoureuse exactitude, à l'aide du doigt, du pelvimètre de Vanhuevel et de celui de Baudelocque. Le diamètre antéro-postérienr du détroit supérieur n'a présenté, par ces trois modes de mensuration, que 8 centimètres et quelques millimètres. On voit par ce fait combien il est difficile de statuer sur le choix des procédés à mettre en usage : car le degré du rétrécissement du bassin de cette femme semblait exclure la possibilité de l'application du forceps et encore plus l'extraction d'un enfant vivant.

Bien loin que ce résultat heureux nous rassurât sur l'avenir dans une couche suivante, nous engageâmes vivement cette femme, si elle redevenait enceinte, à venir réclamer nos soins vers sept mois, lui affirmant que cette délivrance inespérée était un fait trop exceptionnel pour qu'on pût y compter, à un degré de rétrécissement aussi prononcé : tandis qu'à huit mois nous étions certains de la faire accoucher d'un enfant vivant, très-probablement, sans application du forceps, mais elle se garda bien de venir à l'hôpital en temps utile, et ce ne fut que deux jours avant son terme qu'elle réclama les secours de l'art.

Le forceps fut toujours appliqué pour l'acquit de notre conscience, mais sans effet. M. Denouvilliers ne tarda pas à se convaincre de l'inutilité des tractions. Cette femme n'avait pas, cette fois, été chloroformisée, afin qu'elle apprît ce que c'était que d'accoucher à terme, et qu'elle prît, dans une quatrième grossesse, plus de souci de la vie de son enfant.

La tête fut perforée, puis la patiente amenée au premier degré d'insensibilité, et le céphalotribe appliqué.

L'opération fut longue et laborieuse ; la tête avait dû être aplatie successivement en deux sens opposés. Les suites de couche ne se présentèrent pas aussi simples que dans les deux précédents accouchements ; une métro-ovarite se manifesta le troisième jour ; mais grâce à un traitement actif et habilement dirigé, M. Marrotte remit bientôt cette femme dans l'état le plus satisfaisant.

Observation. — *Rétrécissement du bassin ; procidence du cordon. — Application du forceps au détroit supérieur et perforation du crâne.* — Dans l'après-midi du dimanche 30 juin 1850, la nommée X....., primipare, est apportée à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le

service de M. Marrotte. Après trente-six heures de travail, la poche des eaux s'était rompue spontanément vers sept heures du matin, et depuis ce temps la tête était restée au détroit supérieur sans s'y engager. Cette femme est d'une petite stature ; les dernières vertèbres lombaires sont notablement enfoncées d'arrière en avant, ce qui indique que les difficultés doivent dépendre d'un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin ; le toucher vient confirmer ce premier diagnostic, le doigt atteint facilement l'angle sacro-vertébral, dont la saillie est assez prononcée.

Comme cela a si souvent lieu quand le détroit supérieur, irrégulièrement conformé, laisse entre la tête et lui des espaces libres, le cordon ombilical avait fait procidence au-dessous de la tête ; il bat encore.

Les contractions utérines sont rares, faibles ; le col utérin n'est pas complétement dilaté (circonstance qu'on rencontre aussi bien souvent dans les rétrécissements du détroit supérieur) ; la tête restant élevée, ne vient pas en effet s'appuyer sur l'orifice utérin pour le forcer à se dilater, et le col, suivant l'expression consacrée, retombe sur lui-même.

Huit heures seulement s'étaient écoulées depuis la rupture de la poche ; il n'était donc pas impossible, en activant les contractions utérines, de voir encore l'accouchement spontané avoir lieu ; mais pour cela, il fallait d'abord réduire le cordon. J'avais été mandé en l'absence de MM. Marrotte et Denonvilliers, je tentai avec M. Legendre, interne, cette réduction à l'aide de la main ; mais la main ne pouvait remonter le cordon assez haut pour qu'il fût soustrait à toute compression, nous fixâmes lâchement le cordon à l'extrémité d'un mandrin introduit dans une sonde d'un fort numéro (procédé Champion), et nous remontâmes ainsi le cordon.

Cela fait, un gramme de seigle ergoté fut administré à la patiente, et l'on attendit. Une demi-heure après, quelques contractions plus rapprochées, mais languissantes, se manifestèrent et continuèrent ainsi jusqu'à sept heures du soir, mais sans aucun effet. On avait donné à l'expectation tout ce qu'on pouvait lui donner : il y avait nécessité d'agir. Le cordon avait de nouveau fait procidence ; c'est encore l'ordinaire, dans les conformations irrégulières du détroit supérieur : les vides que la tête laisse entre elle et le détroit supérieur, qui ont permis la procidence du cordon, la laissent se reproduire de nouveau. Le cordon battait encore, cette raison venait aussi faire une obligation d'intervenir pour tenter un dernier effort en faveur de l'enfant ; le col, quoique non dilaté, était cependant dilatable.

La femme fut soumise à l'influence du chloroforme, et, à la première insensibilité, le forceps fut appliqué au-dessus du détroit supérieur ; mais il ne fut pas possible d'engager la tête, malgré des tractions énergiques exercées pendant vingt minutes envi ron par MM. Legendre, Simonet, Perdigeon et moi ; il était évident que la perforation du crâne seule pouvait permettre de délivrer la mère.

Le cordon comprimé entre la tête et le détroit supérieur, avait cessé de battre ; l'intérêt de la mère seul devait préoccuper.

La perforation du crâne fut faite sans retirer le forceps, avec la plus grande facilité et toute la sûreté désirable ; de nouvelles tractions permirent bientôt l'extraction de l'enfant.

La mère n'avait ressenti aucune douleur pendant les tractions, elle s'est parfaitement rétablie des suites de couches ; mais une phthisie, qui marche rapidement, déterminera bientôt sa mort.

Chez cette femme, on pouvait croire qu'une simple application du forceps devait suffire, car le bassin est moins vicié que chez la première ; cependant, on a été obligé de recourir à la perforation du crâne, parce que la tête de l'enfant, volumineuse, était en même emps irréductible.

Observation. — *Rétrécissement considérable du bassin. — Perforation du crâne. — Application du céphalotribe au-dessus du détroit supérieur. — Absence complète d'accidents.* — Le 18 novembre 1851, M. Bonassies et M. Moreau me firent appeler à neuf heures du matin, pour terminer l'accouchement de madame A..., primipare, rachitique au dernier degré, arrivée au terme de la gestation et en travail depuis vingt-quatre heures; l'enfant avait cessé de vivre. Un grand bain, une petite saignée avaient disposé la malade à subir favorablement les opérations que M. Bonassies regardait comme indispensables pour la délivrer.

A mon arrivée, je constatai la présence du sommet; l'introduction de la main entière fut nécessaire pour reconnaître la présentation. En effet, comme cela a toujours lieu dans les vices de conformation prononcés, le cuir chevelu était devenu le siége d'une tumeur séro-sanguine très-considérable, tumeur molle, empâtée, qui, au simple toucher, aurait très-bien pu être prise pour la présentation des fesses. En dépassant cette tumeur, j'arrivais facilement jusque sur un point de la tête soumis à la compression utérine, et par conséquent soustrait à tout afflux séro-sanguin, et je sentis très-manifestement la résistance élastique osseuse du sommet en position occipito-iliaque gauche transversale.

Ma main put aussi apprécier le degré de rétrécissement. L'angle sacro-vertébral était très-rapproché de la symphyse des pubis; l'espace laissé libre entre les deux points semblait tout au plus de 7 centimètres : mon poignet, qui présente d'avant en arrière un assez petit diamètre, ne se sentait pas à l'aise entre les os rapprochés, et la mensuration exacte vint confirmer ces données.

La présentation était aussi favorable que possible dans un cas de cette gravité; mais comment faire passer la tête par un détroit supérieur si rétréci? même en la perforant et en la brisant, on devait même penser qu'on serait obligé de faire l'opération césarienne.

Cependant, sachant combien sont souvent inattendus les résultats qu'on obtient dans ces cas; tenu sur la réserve par ce qui m'était arrivé à l'hôpital Sainte-Marguerite (Obs. page 555), je commençai par l'application du forceps; elle fut très-facile, bien que la tête fût tout à fait au-dessus du détroit supérieur; l'introduction des branches se fit avec sûreté par le procédé de M. Félix Hatin.

La main droite toute entière fut introduite dans l'utérus, et la branche gauche, saisie de l'autre main, fut placée à gauche du bassin et introduite profondément, le niveau touchant presque le périnée, précaution qu'il ne faut pas négliger, si l'on veut que la tête soit bien saisie. Pour assurer, au reste, ce résultat, la main d'un aide, agissant à travers les parois abdominales, repousse la tête d'avant en arrière; cette tête, qui, dans ce cas, par suite de l'antéversion de l'utérus, n'est pas placée au centre du détroit supérieur, se trouve ainsi ramenée dans l'axe de ce détroit. Cette branche est confiée à la main d'un aide. La main droite, laissée dans l'utérus et reportée à droite, servit à conduire la branche à mortaise introduite par la main gauche, en observant les mêmes précautions que pour la précédente; la main droite fut retirée et le forceps articulé. La malade, pendant cette inoffensive, courte et facile opération, n'avait que peu senti les douleurs de l'application; quelques gouttes de chloroforme avaient suffi pour atténuer cette douleur, sans lui faire perdre connaissance.

Quelques tractions furent exercées sans aucun résultat, pendant quelques minutes; et, comme nous n'avions plus rien à ménager pour l'enfant, je procédai immédiatement à la perforation du crâne, sans retirer le forceps, mais dans les mors de l'instrument, comme je suis dans l'usage de le faire en pareil cas. Pendant cette opération facile, tout à fait exempte de douleur, la femme ne respira pas de chloroforme. Les ciseaux de Smellie pénétrèrent dans la boîte os-

seuse, et la masse célébrale fut délayée en tous sens. Les ciseaux retirés, la malade respira un peu de chloroforme, puis de nouvelles tractions exercées avec le forceps firent évacuer cette masse cérébrale; mais la base du crâne opposa une résistance telle, qu'il me parut complétement inutile d'insister. Le forceps fut retiré; la malade fut maintenue au premier degré d'insensibilité sans perdre connaissance. Le céphalotribe, introduit de la même manière que le forceps, et avec les mêmes précautions, embrassa solidement la tête et l'aplatit.

Le diamètre sacro-pubien, ne présentant que 7 centimètres de passage, ne pouvait être franchi par la tête, aplatie transversalement; en effet, le grand diamètre de la tête, artificiellement fait à l'aide du céphalotribe, se présentait à ce diamètre antéro-postérieur. Je changeai la direction du céphalotribe de manière à mettre ce grand diamètre artificiel de la tête, autant que possible en rapport avec le diamètre transverse du bassin le plus étendu. La tête céda alors un peu aux efforts très-énergiques exercés sur l'instrument; mais le céphalotribe lâchant prise, je le réappliquai, et alors ce grand diamètre artificiel de la tête, se trouvant compris dans les deux cuillers, fut aplati à son tour. La tête, brisée de toutes parts, réduite en une espèce de pâte, se moula sur le détroit supérieur, s'y engagea, mais seulement à l'aide d'efforts considérables, que nous fûmes obligés de faire, MM. Bonassies, Moreau et moi, à tour de rôle; les épaules opposèrent aussi une résistance assez vive, mais enfin la femme fut délivrée.

Le placenta fut extrait peu de temps après; l'utérus revint parfaitement sur lui-même, et la pauvre femme, qui avait eu la conscience de tout ce qui s'était fait, sans ressentir de vives douleurs, fut replacée dans son lit dans un état très-satisfaisant.

Il était temps que cette opération, qui n'avait pas duré moins d'une heure, y compris les temps de repos, se terminât; nous étions exténués, dans cet état d'abandon complet des forces, si difficile à comprendre quand on ne l'a pas ressenti. Les suites des couches ont été naturelles; et aujourd'hui, 5 janvier, la femme est complétement rétablie.

Observation. — *Rétrécissement très-prononcé du bassin. — Embryotripsie pratiquée à l'aide du céphalotribe appliqué sept fois. — Succès complet.* — Madame C..., taille 1 mètre 32 centimètres; les membres inférieurs sont fortement incurvés, et le bassin présente au détroit supérieur tout au plus 7 centimètres. Le 29 octobre,

parvenue à terme, elle fut prise de fortes douleurs, mais le jeudi 30, malgré les contractions énergiques et soutenues, la tête restait fixée au-dessus du détroit supérieur; une bosse sanguine considérable proéminait seule dans ce détroit.

Une sage-femme était auprès de la patiente : on en fit appeler une seconde, puis MM. les docteurs Bialay et Poterin-Dumotel, puis enfin MM. Bélin, Dequevauviller, et le docteur Schley, d'Augusta (États-Unis).

Ces confrères, après avoir procédé à la mensuration du bassin, furent d'avis que le rétrécissement devait faire exclure toute pensée d'agir sur l'enfant, et que l'opération césarienne était seule possible. Bien que, comme chacun le sait, l'opération césarienne soit des plus faciles à pratiquer, cependant ces messieurs me firent appeler pour me faire prendre ma part de responsabilité dans une opération aussi grave dans ses résultats.

Lorsque j'arrivai, je constatai l'extrême étroitesse du bassin; mais les battements du cœur du fœtus étaient rares et faibles; l'eau amniotique, teinte de méconium, s'écoulait en dehors; tout annonçait que si l'enfant conservait un reste de vie à cause des liens vasculaires qui l'unissaient encore à sa mère, sa viabilité était presque certainement compromise, et que, privé de ces rapports circulatoires après sa naissance, il succomberait très-probablement, si même il n'avait pas cessé d'exister avant la fin de l'opération. Cette circonstance militait en faveur de la céphalotripsie, mais comment espérer, même par ce moyen, extraire le fœtus d'un bassin ne présentant que 7 centimètres? Chacun jugeait la chose impraticable. Cependant je regardai comme un devoir de m'arrêter à ce parti, alléguant que l'opération césarienne vouait, à Paris, les femmes à une mort certaine, et qu'il serait toujours temps d'y recourir si nos tentatives étaient infructueuses; j'ajoutai qu'à l'aide du procédé de M. Félix Hatin, et de quelques autres, conseillés par M. P. Dubois, en mettant en usage certains moyens qui me sont propres, l'écrasement de la tête dans tous les sens, j'espérais parvenir à délivrer la femme en lui laissant des chances probables de guérison.

L'opération devant être longue et douloureuse, il fallait déterminer l'insensibilité de la patiente. M. le docteur Schley, très-versé dans l'usage du chloroforme, se chargea exclusivement de maintenir l'opérée dans un état d'insensibilité suffisant.

Six applications de céphalotribe, faites suivant le procédé de M. Hatin, furent nécessaires pour briser la tête et la réduire en une sorte de pulpe; après quoi toutes les esquilles furent retirées. Après chaque application, des tractions étaient faites par MM. Belin,

Dequevauviller et moi. Enfin, je fis une septième et dernière application du céphalotribe, toujours par le même procédé, et elle me permit d'extraire le fœtus : l'opération avait duré une heure trois quarts. Les chirurgiens auxquels la pratique des accouchements est familière peuvent comprendre dans quel état d'épuisement moral et physique je me trouvais après cette extraction.

L'enfant, sans la masse cérébrale, pesait cinq livres.

La mère a eu les suites de couches les plus simples ; elle a été exempte du plus léger malaise. MM. les docteurs Debout et Dop l'ont visitée le sixième jour, et, trois semaines après, elle-même venait me remercier. Depuis elle n'a cessé de jouir de la santé la plus parfaite [1].

Ce fait, que je crois peu commun dans les annales de la pratique obstétricale, touche à des considérations d'une si haute importance, il en peut découler de si utiles enseignements, que je me propose de le publier avec tous les détails nécessaires. Ici je ne fais que le citer d'une manière très-succincte, afin seulement de faire ressortir l'excellence du procédé de M. Félix Hatin, et le bon effet de ma méthode d'écrasement en tout sens. Quel fait pourrait être, en effet, plus concluant que celui dans lequel le céphalotribe ayant été appliqué sept fois dans un bassin aussi rétréci, la femme n'a éprouvé aucun accident ?

Sans aucun doute, si je n'avais point eu à ma disposition ces procédés, j'eusse été dans la nécessité de pratiquer l'opération césarienne, et la femme serait morte presque certainement [2].

Le bassin a moins de 5 centimètres 1/2.

Alors il n'est guère permis de songer à l'extraction du produit par les voies naturelles ; car dans le cas même où le céphalotribe pourrait pénétrer dans le détroit supérieur et briser la tête, il serait extrêmement difficile d'extraire l'enfant. Et, de plus, cette extraction exige des efforts inouïs qui contondent, dilacèrent les organes mater-

[1] En 1852, cette jeune femme était de nouveau enceinte d'un mois, et j'allais me voir à mon grand regret dans l'obligation de pratiquer l'accouchement avant le terme de la viabilité, quand la nature s'est chargée de l'expulsion à trois mois ; la femme a succombé à une métropéritonite, malgré tous les soins de M. Belin.

[2] Parmi les observations que je possède, je ne puis citer que les plus concluantes. J'en laisse un bon nombre de côté. Je veux cependant faire connaître la suivante, bien qu'elle n'ait pas présenté de grandes difficultés, mais parce que le résultat n'a pas été heureux : c'est celle d'une femme que nous opérâmes avec MM. Duparcque et Ménager ; elle succomba le jour de la fièvre de lait. Les émotions de ces jours eurent probablement leur part d'influence dans ce résultat.

nels et laissent à la mère presque aussi peu de chances de salut que l'opération césarienne.

Dans ce cas, des deux individus l'un se trouve sacrifié à coup sûr, et il ne reste plus à l'autre que des chances de vie bien incertaines; tandis que l'opération césarienne permet le plus ordinairement de sauver la vie de l'enfant.

ARTICLE IX.

TUMEURS DÉVELOPPÉES DANS L'UTÉRUS, OU EN DEHORS DE CET ORGANE, ET DANS TOUT LE TRAJET DU CANAL PELVIEN.

Des tumeurs de forme et de nature extrêmement variables peuvent diminuer l'étendue de l'excavation, et mettre un obstacle sérieux à l'accouchement, et compromettre bien souvent les jours de la mère.

« Il y a, en effet, dans ces accidents, dit M. P. Dubois, une foule « de complications qu'il n'est pas possible de prévoir, qui déjouent « tous les calculs et laissent l'homme de l'art livré aux inspirations « de sa conscience et aux ressources souvent insuffisantes de son « art. » Ces tumeurs peuvent être développées sur le tissu osseux lui-même et être fixées aux parois de l'excavation. Telles sont les exostoses, les périostoses, les tumeurs carcinomateuses, fibreuses ; d'autres sont contenues dans l'épaisseur des parois du vagin, et surtout dans la cloison recto-vaginale, et elles sont plus ou moins mobiles ; leur nature est cancéreuse ou fibreuse, ou bien ce sont des kystes de composition différente, contenant soit des liquides, soit des masses encéphaloïdes ou charnues, enfin, des fœtus extra-utérins.

Les faits de ce genre qu'on trouve dans les auteurs sont déjà en assez grand nombre pour qu'il ne soit pas possible de les rapporter tous, même succinctement ; j'ai donc dû me borner à n'analyser que les principaux, en renvoyant le lecteur aux sources elles-mêmes.

Les affections dont le tissu de l'utérus peut être le siége sont très-variables quant à leur nature, à leur forme, à leur siége. Elles peuvent n'intéresser que le col seul, ou tout le segment inférieur de l'utérus, ou enfin une grande partie ou la totalité du corps de l'organe; elles peuvent acquérir un volume considérable et former saillie dans le vagin.

Celles de ces affections , désignées sous les noms de *tumeurs fongueuses*, de végétations, d'engorgement squirrheux, de cancer ulcéré, sont tantôt rigides, lardacées ; tantôt molles, pulpeuses, et saignant

au moindre contact, et n'affectent, en général, que le col de l'utérus et le segment inférieur de cet organe. Quelques auteurs modernes ont même révoqué en doute la dégénérescence cancéreuse des parois du corps de la matrice : je ne l'ai jamais rencontrée, et les observations où des faits de ce genre sont relatés, sont, il est vrai, loin d'être toutes concluantes [1]. Les autres maladies, qui ont reçu les noms de polypes, de tumeurs fibreuses, peuvent affecter le col et le corps de l'utérus [2]. C'est à ce genre d'affections que quelques anatomo-pathologistes modernes rapportent les faits de cancer du corps de l'utérus signalés par les auteurs.

Les *tumeurs fongueuses* appartiennent à l'affection cancéreuse. Les *végétations* sont simples ou déterminées par l'affection syphilitique : les végétations naissent des parties les plus superficielles du museau de tanche; elles sont quelquefois pédiculées, leur tissu est plus ferme que celui des tumeurs fongueuses, et détermine moins facilement que celles-ci des hémorrhagies ; elles sont aussi bien moins graves sous le point de vue de la terminaison.

La forme, la mollesse, les inégalités des tumeurs fongueuses et des végétations, les écoulements sanguins, légers ou abondants, dont elles peuvent être le siége, les ont souvent fait prendre pour le placenta inséré sur l'orifice utérin. Cette méprise qui, au premier toucher, a été commise quelquefois par des médecins habiles [3], sera surtout facile quand les écoulement sanguins ne commenceront à se manifester qu'après le septième mois. Ce n'est, en effet, qu'après cette époque qu'on voit ordinairement se produire les hémorrhagies qui sont dues à l'insertion du placenta sur l'orifice utérin.

[1] Madame Lachapelle (*Pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1825, Obs. III, p. 155, vol. III). Il faut cependant excepter celles de Martin le jeune, qui, sur neuf faits (*Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*. Lyon, 1835), en cite cinq de squirrhe du corps, constatés par lui et Viricel. — M. Gendrin a plusieurs fois constaté aussi, le cancer du corps de l'utérus. — M. Belin, à la Salpêtrière, service de M. Bouvier, a rencontré deux fois le cancer ulcéré encéphaloïde du corps ; dans l'un il y avait communication de l'utérus dans la vessie. — Smellie (*Traité des accouchements*, p. 138, t. II, surtout dans l'Obs. III) établit d'une manière évidente le cancer du du corps. — Consultez aussi Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II.

[2] Ce sujet important a été traité déjà d'une manière tout à fait complète par le docteur Amédée Forget ; nous engageons le lecteur à consulter cet excellent travail qui a pour titre : *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus, considérés pendant la grossesse et après l'accouchement* (*Bulletin thérapeutique*, avril, 1846, t. XXX, p. 261).

[3] Madame Lachapelle rapporte qu'elle prit de prime abord une de ces affections pour un placenta inséré (*Pratique des accouchements*. Paris, 1825, t. I, p. 368, Obs. XVIII).

La méprise ne pourra pas cependant être de longue durée, si l'on examine avec soin les parties. Dans l'insertion du placenta, on trouvera facilement le col utérin ; on pourra déterminer sa forme, son degré de dilatation, de consistance, et ce ne sera qu'après avoir traversé le col qu'on arrivera au placenta : tandis que dans le cas qui nous occupe, au contraire, le doigt arrive immédiatement sur la tumeur, qui, par son épanouissement, masque l'orifice utérin ; et lorsque le doigt parvient à pénétrer dans cet orifice, ce n'est qu'en traversant la tumeur qui constitue le col lui-même qu'il y parvient. Nous raisonnons dans la supposition que la grossesse a dépassé le septième mois.

Les accidents que ces affections déterminent varient suivant la nature, la forme et le volume de ces affections ; l'époque de la gestation à laquelle se manifestent les accidents varie aussi en raison des mêmes causes.

Ces affections, quand elles n'ont pas compromis la grossesse, manifestent surtout leur fâcheuse influence pendant le travail, mais bien plus en le rendant dangereux qu'en l'entravant d'une manière sérieuse. Cependant il existe un grand nombre d'observations d'accouchements spontanés et heureux, chez des femmes dont la matrice en était plus ou moins atteinte. Le président de la société du deuxième arrondissement, M. Goupil, a bien voulu me communiquer un fait de ce genre, dans lequel une affection cancéreuse du col, déjà avancée, et qu'il traitait depuis sept ou huit mois, qui resta longtemps douteuse, à cause de l'âge de la malade, n'empêcha pas la grossesse de parcourir ses périodes. Cette femme, âgée de quarante-deux ans, accoucha à terme, après un travail de dix heures, malgré le degré avancé de la maladie. On a vu aussi, dans des cas cités par Mme Boivin et Dugès [1], l'accouchement spontané avoir lieu, alors que l'opération césarienne avait été résolue par Baudelocque.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi favorablement, et des observations assez nombreuses démontrent que ces affections peuvent constituer des obstacles mécaniques sérieux, quand elles ont acquis un volume considérable. Tels sont les cas rapportés par M. Kilian (de Bonn), Jacobs [2], Martin le jeune [3], où certaines de ces tumeurs avaient acquis le volume de la tête d'un enfant à terme, où

[1] *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1833, t. II, p. 614.

[2] *École pratique d'accouchement.* Bruxelles, p. 195.

[3] *Mémoires de médecine et de chirurgie pratique sur plusieurs maladies et accidents graves qui peuvent compliquer la grossesse,* etc. Paris, 1835, p. 278.

d'autres, plus molles, épanouies en forme de chou-fleur, avaient rempli tout le vagin.

A ces tumeurs il convient aussi de joindre les tumeurs enkystées qui ont leur siége dans la cavité du corps, ou dans celle du col de l'utérus, mais qui ne créent presque jamais un obstacle sérieux; enfin les tumeurs fibreuses, qui peuvent prendre un développement aussi considérable que les dégénérescences du l'utérus, comme dans les faits observés par J. Bell et Chaussier.

Non seulement ces affections, ainsi développées, en créant des obstacles mécaniques au moment du travail, peuvent compromettre les jours de la mère et ceux de l'enfant pendant le même temps, mais aussi elles déterminent des obstacles dynamiques, qui viennent paralyser les forces expultrices. Si c'est le corps de l'utérus qui est le siége de l'affection, les contractions excessivement douloureuses, lentes, peu efficaces, rendent la dilatation du col difficile; souvent l'inertie complète de l'utérus arrête complétement le travail ; ou, si des contractions trop énergiques se manifestent à la suite de l'administration du seigle ergoté, l'utérus peut, comme je l'ai dit, se rompre sous ses propres efforts. Si c'est le col qui est affecté, la contractilité du corps étant intacte, le col se refuse à toute dilatation, ou se déchire sous les efforts utérins, si l'on n'a pas la précaution de l'inciser en temps et lieu convenables. Ces déchirures donnent à la maladie plus de gravité et une marche plus rapidement funeste, si l'affection est de nature cancéreuse. Cependant quand l'altération n'est bornée qu'à une des lèvres, qu'elle n'envahit pas toute la circonférence du col, la partie restée saine peut se prêter à une dilatation suffisante, sans que l'autre lèvre affectée se déchire.

Le pronostic à tirer en pareil cas est grave, autant par suite des obstacles et des accidents que ces affections déterminent pendant le travail, que parce que certaines de ces affections elles-mêmes, après l'accouchement, et à cause de l'accouchement, marchent rapidement vers une terminaison funeste.

Joignez à cela les autres dangers qui menacent encore la mère après l'accouchement : les hémorrhagies, la fièvre puerpérale, l'épuisement des forces. Puchelt a compté, sur quarante-neuf cas de cancer utérin, vingt-neuf de mort immédiate, et vingt seulement dans lesquels la femme a survécu plus ou moins longtemps. Les tumeurs fongueuses lui ont paru les plus défavorables, à cause des hémorrhagies qu'elles déterminent; car, sur sept accouchements accomplis dans ces circonstances, il y eut cinq cas de mort instantanée.

Les accidents que ces affections peuvent déterminer pendant le travail sont l'hémorrhagie grave.

Cet accident, déterminé ou par la présence d'un polype, ou par celle d'une tumeur fongueuse du col, a moins de gravité que pendant la grossesse. En effet, les modifications imprimées au segment inférieur de l'utérus par l'époque avancée de la grossesse et par le travail, rendent l'extraction du produit plus facile et moins compromettante pour lui et pour sa mère.

Tous les moyens généraux recommandés contre cet accident pendant la grossesse devront être mis en usage. Puis on devra recourir à l'application du tampon, qui n'a plus alors les inconvénients signalés plus haut ; au seigle ergoté, enfin à la version ou au forceps, suivant l'état du col, la nature des parties fœtales qui se présentent, et le degré d'engorgement de ces parties.

Quant au débridement du col utérin et à l'accouchement forcé, dans le cas où le col serait encore épais, on ne devra y recourir, à cause de l'aggravation qu'ils font subir à ces maladies, que si l'hémorrhagie donnait des craintes immédiates pour la vie de la mère ou pour celle de l'enfant.

La *rigidité du col*, due à la dégénérescence cancéreuse de cette partie, rigidité qui peut même se rencontrer dans le cas où l'affection se présente sous la forme d'une tumeur fongueuse, constitue un obstacle dont la nature triomphe souvent, en déterminant la déchirure des parties. Mais c'est un résultat que l'on peut regretter et qu'il faut éviter par des incisions. En effet, les déchirures peuvent, par leur étendue, intéresser le péritoine, ou déterminer des fistules vésico-vaginales, et, dans tous les cas, elles aggravent la maladie et précipitent sa marche. La dilatation peut encore s'effectuer, dans ces cas, au moyen d'une des lèvres restée saine. Désormeaux a vu la lèvre antérieure squirrheuse se refuser à la dilatation, et celle-ci s'opérer aux dépens de la lèvre postérieure. Ces exemples ne sont pas rares : j'en ai observé aussi plusieurs à la Clinique. On doit donc avant tout attendre ; car, il faut bien le savoir, la dilatation de l'orifice ne peut être que lente, non-seulement en raison de l'affection dont le col est le siége, mais encore parce que la contractilité organique de l'utérus est entravée dans son action, surtout quand le corps de l'organe participe à la maladie. Et il faut bien donner à cette dilatation le temps de s'effectuer ; mais cette expectation ne devra se prolonger que tant qu'elle sera compatible avec le salut de la mère et avec celui de l'enfant ; autrement, quand il semble démontré, après quatre ou cinq heures écoulées depuis la rupture des membranes, les contractions s'étant exercées avec énergie, que la nature est in-

suffisante à déterminer la dilatation, on a recours à l'extrait de belladone pur, dont on porte, à l'aide du doigt, une petite boulette de la grosseur d'un pois jusque dans le col utérin. Ce moyen, comme on le sait, est très-infidèle, mais quand il agit, c'est presque immédiatement. La saignée, si avantageuse dans les cas où cette rigidité du col de l'utérus sain est déterminée par un état spasmodique de cette partie, est contre-indiquée si la femme a été affaiblie par des hémorrhagies pendant la grossesse. Il va sans dire que le bain, s'il n'y a pas de perte, produira aussi de très-bons effets ; mais le moyen sur lequel on doit surtout compter, c'est le débridement de l'orifice. Baudelocque [1] recommandait ses incisions, et cette pratique était familière à El. Von Siebold. Madame Lachapelle cite aussi [2] un cas où Baudelocque, en sa présence, les pratiqua avec succès pour la mère et l'enfant.

Cette opération, qui se pratique bien plus facilement et bien plus sûrement à l'aide de grands ciseaux courbes sur un de leurs bords conseillés par M. Dubois, qu'avec le bistouri, doit être soumise à quelques précautions indispensables. Ainsi les incisions pratiquées doivent être peu étendues, multiples, et surtout pratiquées sur les côtés de l'orifice. En effet, les incisions multiples fourniront plus facilement à la dilatation du col, sans risquer de s'étendre autant que le feraient une ou deux incisions. Puis, pratiquées sur les côtés, en supposant qu'elles s'étendent, elles risqueront bien moins de compromettre le péritoine en arrière, et la vessie en avant, que celles qui seraient faites en arrière et en avant.

J'ai vu ces incisions suivies du meilleur effet dans plusieurs cas de cette nature, et, entre autres, à la Clinique, sur une femme âgée, mère de dix enfants, chez laquelle l'affection de nature fongueuse fut prise de prime abord pour le placenta implanté sur l'orifice. Chez une autre jeune femme, la rigidité du col était telle, par suite de la dégénérescence des parties, que les incisions pratiquées sur les côtés ne suffirent pas, et qu'on fut obligé d'en faire en avant et en arrière. Une de ces incisions s'étendit, et donna lieu à une fistule vésico-vaginale assez prolongée pour permettre l'introduction du petit doigt. Je suivis cette femme après sa sortie de l'hôpital, et je pus observer que de jour en jour l'écoulement des urines diminuait. Cette jeune femme vint, l'année suivante, à la Clinique, au moment où une épidémie de métro-péritonite sévissait avec violence, et elle succomba à la suite d'une fausse couche. A l'autopsie on trouva que

[1] *L'art des accouchements*, 8e édit. Paris, 1844, t. II, p. 267.
[2] *Pratique des accouchements*, Paris, 1825, in-8, t. II, p. 377.

l'affection cancéreuse avait fait des progrès, mais que la fistule s'était presque complétement oblitérée.

Dans un autre cas, les incisions ont donné lieu à une hémorrhagie mortelle ; ce fait est unique au milieu de tant d'autres où les incisions ont été suivies du meilleur effet ; aussi ne suffit-il pas pour faire rejeter le procédé. Seulement, il doit nous faire une loi d'observer les règles qui président à la pratique de ces incisions, afin de l'éviter : les règles consistent à n'inciser le col que lorsqu'il est mince, tranchant, et non quand il a encore conservé toute son épaisseur. En effet, comme je l'ai entendu dire pour la première fois, et si souvent depuis par le docteur P. Dubois, les incisions, dans le cas où le col est épais, ne produisent aucun résultat; il n'en faut pas moins, après les avoir pratiquées, forcer la résistance du col, comme si l'on n'avait pas eu recours aux incisions. Mais ce n'est pas tout : cette épaisseur du col rend bien compte de la manière dont l'hémorrhagie peut se produire. Ainsi, quand le col est épais, les parties qui constituent toute la cavité du col et l'orifice interne sont encore agglomérées, et les incisions doivent diviser l'orifice externe et l'orifice interne ; mais l'orifice interne, plus abondamment pourvu de vaisseaux que l'externe, pourra donner lieu à une perte. Tandis que, lorsque le col est effacé, les parties qui constituaient la cavité du col et l'orifice interne ont fourni à l'ampliation de la cavité utérine, font partie des parois de cette cavité, et se sont ainsi éloignées du centre ; l'orifice externe seul reste accessible à l'instrument. L'hémorrhagie est alors bien difficile ; il faut, pour qu'elle ait lieu, qu'une de ces incisions, prolongée, vienne atteindre les parties effacées ; mais c'est là une bien rare exception, et cet accident se produirait encore bien plus souvent dans le cas de déchirure spontanée de l'orifice. Enfin, quand même l'hémorrhagie serait plus fréquente dans ce cas qu'elle ne l'est, pour prévenir cette hémorrhagie elle-même, il n'en faudrait pas moins avoir recours aux incisions, afin d'éviter des déchirures spontanées trop étendues, et les hémorrhagies qui les suivent presque toujours.

De plus, il ne me paraît pas possible de soutenir que les incisions faites sur le col modifié ne doivent pas être préférées à l'accouchement forcé, seule ressource quand le col est épais.

Fort heureusement, l'expectation, à laquelle il est impossible de ne pas recourir, dès le début du travail, dans un cas semblable, en outre qu'elle permettra de constater l'insuffisance de la nature, donnera le temps au col de se modifier, et ce sera toujours sous ce dernier état qu'il se présentera à l'accoucheur patient ; alors les inconvénients attachés à ces incisions disparaîtront presque complétement.

Les incisions seront encore très-utilement pratiquées quand la version est indispensable, dans le cas où le col ne serait assez dilaté que pour laisser passer la main ; elles préviendront les déchirures dangereuses au moment du passage de l'enfant. En effet, là où la main ne peut passer, le produit ne peut pas être extrait sans violence.

Les *déchirures spontanées de l'orifice* peuvent être la conséquence de cet état de rigidité de l'orifice, et cet accident peut avoir lieu malgré la précaution que l'on aura eue d'inciser le col, ou bien parce que cette précaution n'a pu être prise. Les déchirures, quand elles sont peu étendues, ne sont pas de nature à compromettre immédiatement les jours de la mère ; mais elles ne peuvent qu'aggraver l'affection dont l'utérus est le siége. Si elles sont étendues, elles peuvent déterminer une hémorrhagie grave ; elles peuvent aussi atteindre le péritoine et causer la mort immédiate de la femme. Presque toujours, quand une déchirure étendue sera effectuée, le fœtus sera expulsé ou bien près de l'être ; ce n'est, en effet, qu'au moment du passage de l'enfant que ces déchirures s'opèrent le plus ordinairement; et, il faut bien le dire, ce n'est qu'après son expulsion complète qu'on peut reconnaître l'accident. Souvent encore l'hémorrhagie, plus ou moins abondante, vient révéler l'existence de ces déchirures, que le doigt reconnaît ensuite ; d'autres fois, le toucher, qui doit toujours être pratiqué en pareil cas aussitôt après l'accouchement, permet de constater l'accident de prime abord.

S'il n'y a pas d'hémorrhagie, il faut attendre que la délivrance s'opère ; dans le cas contraire, la favoriser ou l'effectuer, s'il y a lieu, et user de tous les autres moyens propres à arrêter l'écoulement du sang, et, en attendant, comprimer l'aorte.

Si, par hasard, ce qu'on ne peut supposer, la déchirure s'était effectuée avant l'issue du produit, extraire ce dernier, soit par le forceps, soit par l'extraction manuelle, suivant la nature de la présentation de l'enfant et le degré d'avancement des parties fœtales ; puis se conduire comme il vient d'être conseillé, quand le fœtus a été expulsé.

Dans les affections plus ou moins étendues des parois du corps de l'utérus, que ces affections soient dues à l'élément cancéreux ou soient tout simplement le résultat de tumeurs fibreuses interstitielles, l'exercice de la contractilité organique de la matrice est entravé, et souvent l'utérus tombe dans l'*inertie*. On remédie à cette circonstance par les moyens connus, la marche, etc. ; enfin, si cela est indispensable, par le *seigle ergoté*. Mais ce médicament demande, dans ce cas, à être administré avec une grande réserve et en usant

de certaines précautions. On sait, en effet, quelles violentes contractions, toujours permanentes, développe le seigle ergoté, et l'on connaît les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter dans l'état sain (*mort du produit*, la continuité des douleurs interrompant les rapports circulatoires qui unissent la mère et l'enfant), (*rupture de l'utérus*). A plus forte raison, ces accidents peuvent-ils se manifester quand le segment inférieur de l'utérus est aussi le siége d'une altération qui le fait résister aux efforts du corps de l'organe.

Cependant, quand les autres moyens ont échoué et que l'inertie continue, il faut bien en venir à l'usage du seigle ergoté; mais, autant que possible, il faudra attendre que le col soit devenu mince, tranchant, s'il n'est dilatable, afin que, si la vie de l'enfant venait à être menacée par la continuité des douleurs, on puisse favoriser son expulsion ou pratiquer son extraction au moyen d'incisions ménagées sur l'orifice ; afin aussi que, dans le cas où l'on aurait la crainte de voir les douleurs déterminer la rupture de l'utérus, on puisse user du même moyen.

Rupture spontanée de l'utérus. — Tout ce que j'ai dit de cet accident, à l'occasion de la grossesse avancée, est également applicable pendant le travail.

Les *tumeurs enkystées* de la cavité du corps et du col de l'utérus peuvent être confondues de prime abord, pendant le travail, avec la poche des eaux ; et lorsque, par suite de la compression à laquelle sont soumises ces tumeurs, elles viennent à se rompre, on croit à la rupture de la poche amniotique, et la présence de ces tumeurs passe inaperçue. C'est qu'en effet c'est presque toujours ainsi que la nature triomphe de ce léger obstacle. Cependant, si la tumeur était reconnue, et qu'elle mît obstacle à l'engagement des parties fœtales, il faudrait déterminer l'évacuation du liquide au moyen d'une ponction.

Il faut cependant, dans ce cas, ne se hasarder à pratiquer cette ponction que lorsqu'on est bien certain que cette tumeur a son siége sur la paroi interne du col ou du corps de l'utérus, et qu'on n'a pas affaire à une de ces tumeurs enkystées de l'ovaire qui peuvent s'engager dans le cul-de-sac du péritoine et pénétrer ainsi en avant des parties fœtales, en repoussant la cloison qui sépare ce cul-de-sac de celui du vagin ; accident que j'ai pu observer à la Clinique d'accouments, sur la femme Bernet (27 février 1839), et que j'ai représenté par une figure.

Les *polypes*, les *corps fibreux*, développés dans les parois de l'utérus, dans la cavité du col, ceux même qui sont fixés à la face interne des parois du corps de la matrice, et qui, au moyen d'un pédicule,

peuvent s'engager au-dessous des parties fœtales, peuvent quelquefois mettre un obstacle momentané à la parturition, obstacle dont la nature triomphe le plus ordinairement. En effet, ces tumeurs, par suite de leur aplatissement, de leur refoulement dans la concavité du sacrum, si le bassin n'est pas rétréci et si le fœtus n'est pas trop volumineux, livrent le plus ordinairement passage au produit.

On a même vu de ces tumeurs considérables, qui, engagées sous les parties fœtales, poussées par celles-ci, sortaient en dehors de la vulve, leur pédicule s'étant allongé pour permettre l'issue de l'enfant. On a vu aussi quelquefois ces tumeurs, fortement repoussées par les parties fœtales, se détacher subitement de leur pédicule et être expulsées avant le produit.

Nous avons observé, avec MM. Richelot et Velpeau, un cas de ce genre. L'accouchement se fit facilement ; mais la masse de tumeurs fibreuses contenues dans les parois de l'organe était si considérable, que la rétraction de l'utérus en fut entravée, et qu'une hémorrhagie grave suivit la délivrance (la compression de l'aorte l'arrêta immédiatement) ; le volume insolite que conservait l'utérus me fit penser de prime abord à la présence d'un second enfant dans l'utérus ; la main entière, introduite dans la matrice, put seule éclairer la question.

Cependant il peut arriver que ces tumeurs, solides, résistantes, mettent obstacle à l'expulsion de l'enfant, et qu'on se trouve dans l'obligation de les extirper. Il me paraît indispensable, dans ce cas, de placer une ligature sur le pédicule de cette tumeur, avant d'en pratiquer l'extraction, et de n'inciser le pédicule qu'au-dessous de la ligature. La grossesse imprime, en effet, un surcroît d'activité au système circulatoire de ces tumeurs, et, sans cette précaution, on pourrait s'exposer à déterminer une hémorrhagie grave. Si la situation respective des parties fœtales et de la tumeur empêchait de placer cette ligature, il faudrait procéder à l'ablation de la tumeur, Van Doeveren extirpa ainsi pendant le travail, à l'aide de la main et par de simples torsions ménagées, une tumeur de cette nature qui pesait près de 750 grammes.

Sugh en enleva une de la grosseur d'un œuf de dinde, au moyen d'une ligature suivie de l'excision. La malade se rétablit, et devint quatre fois enceinte depuis.

Les polypes qui sont situés dans la cavité utérine elle-même, et qui, retenus par un pédicule trop court, n'ont pas pu se montrer à l'extérieur du col utérin, sont impossibles à reconnaître pendant la grossesse et même pendant le travail ; ce n'est qu'après l'accouche-

ment, qui s'effectue dans ce cas comme s'il n'existait pas de polype, que la tumeur peut être reconnue.

On a vu toutefois des polypes de cette nature entraver les forces expultrices de la matrice, et donner lieu à des hémorrhagies graves au moment de l'accouchement, sans qu'il ait été possible de reconnaître la cause de ces accidents.

Nous reviendrons en temps utile sur ce sujet, en nous occupant des suites de couches.

Les *tumeurs fongueuses*, *squirrheuses*, les *végétations simples* ou *syphilitiques*, développées dans le col de l'utérus, quand leur volume est modéré, peuvent permettre l'expulsion. Les exemples ne sont pas rares. Madame Lachapelle a même vu une de ces tumeurs, du volume de la tête d'un enfant à terme, laisser passer un fœtus de 9 mois, mais qui avait subi cette espèce de ramollissement qui suit la mort de l'enfant, et auquel on donne improprement le nom de putréfaction. Kummer (G.-F.) [1] en a vu une qui pesait jusqu'à 2 kil.

Mais le plus ordinairement, quand ces tumeurs sont solides, volumineuses, elles entravent la marche du travail. Chaussier, Lachapelle, madame Boivin et Dugès en ont rapporté de nombreux exemples.

Quand, malgré l'énergie des contractions utérines, qui se sont exercées pendant un certain nombre d'heures depuis la rupture des membranes, l'engagement du produit n'a pas pu s'effectuer, et qu'il semble alors démontré que la nature est impuissante à surmonter l'obstacle, on n'a à choisir qu'entre l'extirpation de la tumeur, l'application du forceps, l'embryotomie ou l'opération césarienne.

L'application du forceps ne peut être tentée que lorsque la tumeur n'est pas très-volumineuse et semble dépressible, et seulement, bien entendu, quand la tête se présente. Les tractions exercées sur la tête devront l'être avec bien de la réserve, et si elles nécessitaient un déploiement de force trop considérable, on devrait s'abstenir, dans la crainte de tuer le produit en compromettant aussi les organes maternels, et alors on aura recours à l'extirpation de la tumeur, pour laquelle se prononcent Lieutaud [2], madame Lachapelle [3], Michaëlis [4], enfin Kilian, de Bonn. Cette extirpation, à cause des dangers qu'elle fait courir à la mère,

[1] *De uteri steatomati.* Leipzig, 1819, IV, p. 8.
[2] *Précis de médecine pratique*, p 303.
[3] *Pratique des accouchements*, t. III, p. 307.
[4] *Journal de Loder*, t. III.

ne peut être pratiquée que dans le cas où la nature et le degré avancé de la maladie rendraient la mort de la mère certaine. Si, enfin, cette extirpation n'était pas possible, à cause de la situation respective des parties maternelles altérées et des parties fœtales, on aurait recours de préférence à l'opération césarienne pour sauver au moins l'enfant, la maladie ayant voué la mère à une mort certaine; mais, fort heureusement, on sera rarement réduit à cette nécessité.

En effet, la prolongation insolite du travail, la compression subie par le fœtus pendant tout le temps que des contractions énergiques s'exercent pour surmonter l'obstacle, compromettront la vie du fœtus, ou tout au moins sa viabilité, et alors on devra recourir à la perforation du crâne, à la céphalotripsie, si c'est la tête qui se présente; au céphalotribe, si c'est l'extrémité pelvienne; à l'embryotomie, suivie de la céphalotripsie, si c'est l'épaule.

§ 1. — Tumeurs adhérentes au bassin.

Les périostoses, les exostoses, les ostéosarcomes et les autres tumeurs solides et adhérentes produisent, en déformant le bassin, des complications tout aussi fâcheuses que les rétrécissements eux-mêmes; et, sous ce point de vue, elles peuvent leur être en tout assimilées.

Exostose vraie ou fausse des parois du bassin.

L'exostose proprement dite est une tumeur dure, plus ou moins circonscrite, qui tire son origine de la substance propre des os. Il en est qui n'occupent qu'une petite partie de la surface de l'os sur lequel elles s'implantent par un pédicule étroit ; il en est qui y reposent par une base large : il en est qui embrassent l'os tout entie : on appelle ces dernières des *hyperostoses* [1].

A côté de ces *exostoses vraies*, dans l'intérieur desquelles on rencontre le tissu osseux sans modification de structure ou de composition et sans mélange d'autres tissus, nous plaçons d'autres tumeurs à la fois osseuses et cartilagineuses que F. Muller a nommées *enchondromes*, et que d'autres ont désignées sous les différents noms d'*exostoses cartilagineuses*, d'*exostoses ostéo-cartilagineuses* et de *fausses exostoses* [2]. Nous y plaçons encore certaines autres tumeurs également osseuses, formées par des dépôts irréguliers plus ou moins

[1] Nægele. *De partu difficili ab exostosi in pelvi.*

[2] Tout ce chapitre est extrait du bel ouvrage qu'en mourant M. Lenoir a laissé inachevé, *Atlas complémentaire de tous les traités de l'art des accouchements*, 1er fascicule. Paris, 1852, gr. in-8.

volumineux de matière calcaire, et développées au-devant des articulations propres des os du bassin ou sur le promontoire à la suite de maladies de ces articulations, dépôts que quelques *anatomo-pathologistes* on tappelés des *ostéophytes*.

François Sylvius de la Boë [1] est, au rapport de M. Puchelt [2], le premier auteur qui ait traité dogmatiquement des exostoses du bassin au point de vue de l'obstacle qu'elles apportent à l'accouchement. Crantz, en 1766 [3], parle aussi de semblables tumeurs développées dans la cavité pelvienne, et conseille d'avoir recours en pareil cas à l'opération césarienne lorsqu'il y a menace de rupture de l'utérus. F.-G. Voigtel énumère les exostoses parmi les causes qui empêchent ou qui retardent l'accouchement, et cite en note quelques exemples qu'il extrait des auteurs [4]. Gardien [5] signale les exostoses du sacrum comme indiquant la gastro-hystérotomie. Stein jeune, Siebold, Meissner, Davis, J. Burns, Blundell, et en général tous les auteurs des traités modernes d'accouchements, en parlent aussi dans leurs ouvrages.

Mais les exostoses du bassin ont spécialement été étudiées comme cause de dystocie par M. Élie de Habert, qui, dans une thèse soutenue à Heidelberg, en 1830, sous la présidence du professeur Nægelé, a décrit et fait connaître la plus grosse de ces tumeurs qui ait encore été observée, en même temps qu'il a rassemblé les principaux cas connus de tumeurs osseuses du bassin ayant mis obstacle à l'accouchement. Nægelé pense que dans certains cas on a évidemment pris pour une exostose une saillie démesurée du promontoire produite par le rachitisme, ou du moins qu'il y a des raisons de croire que cette méprise a eu lieu, et qu'enfin il y a parmi eux un cas qui offre tant d'invraisemblance qu'il ne mérite pas la moindre confiance. C'est ainsi qu'il regarde les cas cités par Barbaut [6], par Autenrieth [7], par Ruleau [8], auxquels on peut ajouter le cas cité par madame Boivin [9], comme de peu de valeur, étant rapportés trop brièvement.

[1] *Œuvres médicales*, liv. III, p. 544. Amsterdam, 1680.

[2] *Traité des tumeurs du bassin qui font obstacle à l'accouchement*, avec une préface de Nægelé. Heidelberg, 1839. (En latin.)

[3] *De utero rupto*, p. 28.

[4] *Fragmenta semiologiæ obstetricæ*. Halle, 1790, section 4, p. 54.

[5] *Traité d'accouchements*. 3e édit. Paris, 1823, t. III, in-8.

[6] *Cours d'accouchements*. Paris, 1775, 2 vol. in-12.

[7] *Dissertatio de viribus naturæ, medicatricibus in situs fœtuum iniquos* (resp. Ch.-Frid. Silber), tab. 1799, p. 31.

[8] *Traité de l'opération césarienne*. Paris, 1704.

[9] *Mémorial des accouchements*. 4e édit. Paris, 1836, explication de la 8e planche.

Les faits cités par Van Doeveren [1], Henkel [2], Herbiniaux [3], Nagel [4], Spitzbach [5], Danyau père [6], comme relatifs à des cas de saillies plus prononcées que de coutume de l'articulation sacro-vertébrale ou de la première vertèbre sacrée, alléguant que dans tous ces cas il s'agit de femmes rachitiques chez lesquelles on n'a pu vérifier l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie, ou chez lesquelles on a reconnu qu'on s'était trompé quand on a eu occasion de faire un examen direct sur le cadavre.

M. Puchelt a tracé avec succès dans la thèse déjà citée, qu'il a publiée en 1839, une histoire de ces cas, à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

Après l'élimination faite par Nægelé, il ne reste plus qu'un petit nombre d'observations authentiques d'exostose du bassin ayant réellement rendu difficile ou impossible la terminaison de l'accouchement.

Parmi ces observations, il en est quelques-unes qui méritent d'être relatées à cause des inductions pratiques qu'on peut en tirer. La première [7] appartient au docteur Mac-Kibbin, chirurgien de la Maternité de Belfast. Rédigée par John Wales, elle a été communiquée au journal par William Campbell, professeur d'accouchement.

Anne M..., âgée de vingt-six ans, bien portante et en apparence bien conformée, fut prise pour la première fois des douleurs de l'enfantement le dimanche 27 septembre 1829. M. Maclurkau la vit le lundi matin. Ce chirurgien, l'ayant examinée, reconnut que le côté gauche du bassin était en grande partie occupé par une volumineuse exostose qui remplissait toute la concavité du sacrum et s'étendait en avant jusqu'à un quart de pouce de la branche gauche du pubis. C'était du côté droit du bassin, c'est-à-dire entre la tumeur et la partie droite supérieure, qu'il restait le plus d'espace pour le passage du fœtus, dont on sentait la main. En cet endroit, on ne trouvait dans la plus grande largeur que 6 à 7 centimètres environ, et l'espace allait en diminuant à mesure qu'on s'approchait, d'un côté, du sacrum, de l'autre du pubis. Du pubis à la symphyse sacro-iliaque droite on trouve près de 11 centimètres. Considérant

[1] *Specimen obs. Acad.*, cap. XII. Leyde, 1765.
[2] *Sammlung Med. Chir. Anmerkungen*, p. 33.
[3] *Traité sur divers accouchements laborieux*, t. I, p. 349.
[4] *Gazette de Francfort*, avril 1778.
[5] *Journal de Siebold*, t. III, p. 80.
[6] Thèse n° 191. Paris, 1816.
[7] *Journal de médecine et de chirurgie d'Édimbourg*, tome XXXV.

que l'accouchement serait fort difficile, sinon impossible, par les voies naturelles, M. Maclurkau réclama les avis de MM. les docteurs Donnell et Thomson, accoucheurs expérimentés, qui partagèrent son opinion sur l'impossibilité de pratiquer l'embryulcie. La femme, à cause de son état d'indigence, fut conduite à l'hôpital le mardi, à huit heures du soir. Elle dit qu'elle ne souffrait presque pas, ou même point du tout de la présence de cette tumeur soit avant, soit pendant sa grossesse; de temps en temps elle éprouvait de légères coliques. Sa mère, questionnée sur la cause probable de cette exostose, apprit que sa fille était tombée sur le siége à l'âge de six à huit ans, et qu'elle avait souffert pendant quelque temps dans la région sacrée.

Une consultation eut lieu entre les chefs de service de l'établissement et quelques-uns des chirurgiens et des accoucheurs les plus expérimentés de la ville; on se décida pour l'opération césarienne.

En conséquence, à onze heures moins un quart du soir, M. le docteur Kibbin, chirurgien de l'hôpital, commença l'opération, assisté de ses collègues, et en présence d'un grand nombre de médecins. La femme supporta l'opération avec beaucoup de courage; l'enfant avait cessé de vivre : au moment où l'utérus, en se contractant, rentrait dans la cavité pelvienne, une portion considérable d'intestins distendus par des gaz s'échappa par la plaie ; cet accident occasionna quelque retard, et ce ne fut pas sans peine qu'on parvint à réduire et à maintenir réduite cette masse intestinale. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus en contact par six points de suture, des emplâtres agglutinatifs et un bandage.

La mort de la femme eut lieu à quatre heures de l'après-midi, dix-sept heures après l'opération.

Le bassin, dépouillé de ses parties molles, était bien conformé et avait ses dimensions ordinaires ; toute la face antérieure du sacrum, à l'exception de la première pièce et d'une partie de la seconde, était en quelque sorte enveloppée par une large exostose de forme conique, se prolongeant d'une part en avant, et d'autre part en arrière, plus de 1 pouce ($0^m,3$) au-delà de l'épine sciatique. Le coccyx faisait saillie au-devant de la partie inférieure de la tumeur; la partie de cet os qui correspondait à l'excavation du bassin, polie dans quelques points, rugueuse dans d'autres, était coupée de deux ou trois fissures superficielles; la partie qui recouvre le sacrum en arrière présentait une surface irrégulière rugueuse. Voici quelques mesures qui furent prises :

Diamètre antéro-postérieur, 4 pouces ($0^m,12$) [1];

[1] Il ne faut pas oublier que le pied anglais n'équivaut qu'à 11 pouces du pied français.

Diamètre latéral, 5 pouces 3/8 (0^m,163);

Diamètre diagonal, 5 pouces (0^m,15);

Grand diamètre du détroit inférieur, de la symphyse au coccyx, 4 pouces (0^m,12);

Diamètre transverse, 4 pouces 1/8 (0^m,124);

Du sommet de la tumeur à la partie inférieure de la symphyse, 1 pouce 1/8 (0^m,034);

Du côté droit du détroit supérieur, immédiatement au-dessus du trou sous-pubien, à la partie latérale de la tumeur, au niveau de sa plus grande largeur, 1 pouce 3/4 (0^m,051); plus, en arrière, 1 pouce 1/2 (0^m,044);

De la symphyse sacro-iliaque droite à la symphyse du pubis, 3 pouces 3/4 (0^m,0951);

Du côté gauche de la marge du bassin au côté gauche de la tumeur, dans la plus grande largeur, 1 pouce 1/8 (0^m,034); cette distance diminue rapidement à mesure qu'on s'approche du sacrum.

De nos jours, dans un cas semblable, on ne devrait pas pratiquer l'opération césarienne, surtout quand l'enfant a succombé d'avance, et quand le degré de rétrécissement permet au céphalotribe de pénétrer jusqu'à l'enfant.

La deuxième observation est celle qui a été communiquée à Nægelé par Pierre-Joseph Leydig, conseiller intime et premier chirurgien du grand-duc de Hesse, mort à Mayence en 1828. Elle est longuement rapportée dans la thèse de Élie de Habert. Nous en avons élagué tout ce qui n'a pas un rapport immédiat avec notre sujet.

Le 1er mai 1813, le docteur Kraus invita le docteur Leydig à l'accompagner dans un bourg situé à quelques milles de Mayence, pour un cas d'exostose du bassin qui réclamait l'opération césarienne.

Le sujet de l'observation était une femme âgée de vingt-neuf ans, bien conformée, de taille moyenne, et ayant toujours joui d'une bonne santé; elle se rappela seulement avoir fait une violente chute sur le siége, quatorze ans auparavant, en glissant sur la glace, alors qu'elle portait une charge sur sa tête. Elle ressentit de vives douleurs à l'anus, ce qui ne l'empêcha pas d'aller à Mayence et de revenir chez elle. Elle ne fit pas d'ailleurs grande attention à cet accident; les douleurs disparurent peu à peu, et elle se crut guérie. La défécation, l'émission des urines, la menstruation n'éprouvèrent aucun dérangement. Cinq ans après elle épousa un homme robuste et bien portant. Maintenant elle est arrivée à la trente-troisième semaine de sa première grossesse. Elle dit que sa santé a été parfaite jusqu'à la vingtième semaine; mais qu'à dater de cette époque elle a eu des vomissements fréquents et beaucoup de difficultés pour uriner ou

aller à la garde-robe. Dès le 28 avril, elle avait ressenti dans le ventre des douleurs qui ne l'empêchèrent pourtant pas d'aller aux champs faire de l'herbe. Le 30 avril, en soulevant un pesant fardeau, elle sentit un craquement dans le ventre, un écoulement eut lieu par le vagin, et depuis elle n'a plus perçu les mouvements de son enfant.

Lors de la visite du médecin, elle était appuyée sur les coudes et les genoux. Cette position, qui était la plus commode qu'elle pût prendre, fut aussi celle qu'on choisit pour l'examiner. Elle offrait une pâleur terreuse de la face; les joues étaient affaissées, le nez effilé, les yeux hagards, la langue humide, la respiration accélérée, le pouls très-fréquent, assez développé; il y avait des alternatives fréquentes de chaleur et de froid. La peau était sèche, mais sans augmentation notable de chaleur. Les boissons étaient rejetées par le vomissement, plusieurs lavements avaient été administrés sans résultat, l'émission des urines se faisait avec douleur et en petite quantité. De temps à autre, il sortait par le vagin un liquide fétide et mêlé de matières tantôt blanchâtres et tantôt sanguinolentes.

Le ventre n'était pas très-tendu, ni douloureux; l'ombilic était peu saillant. Deux tumeurs étaient reconnaissables par l'application de la main sur l'abdomen. L'une, située à gauche, s'étend du bord antérieur du bassin jusqu'à l'ombilic; plus large dans sa partie supérieure, molle au toucher, douloureuse à la pression que fait naître l'envie d'uriner. L'autre tumeur occupe le côté droit, s'étend du bassin au voisinage de la pointe du sternum, et finit à la ligne blanche; elle est dure au toucher et se tend pendant les douleurs de l'accouchement. Le toucher pratiqué, soit pendant que la femme est accroupie à genoux, soit pendant qu'elle est couchée sur le dos, fait reconnaître dans le bassin une tumeur immobile semblable à la tête, et qui empêche le doigt introduit dans le vagin de pénétrer plus avant que la deuxième phalange. Située au-dessus et en arrière du vagin, cette tumeur, dure, résistante, présente dans sa partie supérieure de légers enfoncements qui craquent sous la pression du doigt. Elle n'est point unie, et présente au contraire çà et là des saillies. Elle naît de la partie postérieure du bassin, obstrue tellement le détroit supérieur et l'excavation, que le doigt introduit dans le vagin, comprimé entre la tumeur et la symphyse du pubis, peut à peine être porté en haut, surtout à gauche. Il en résulte que l'orifice de l'utérus est inaccessible; seulement on croit sentir la tête en avant. Le toucher par le rectum fait reconnaître que cet intestin est dévié à gauche et tellement comprimé par la tumeur, que le doigt, à peine introduit, ne peut aller plus avant.

De cet examen on conclut: 1° que la tumeur développée dans le

côté gauche de l'abdomen était formée par la vessie distendue; 2° que celle située à gauche était l'utérus; 3° que la tumeur sentie dans le bassin était osseuse; que c'était une exostose qui, suivant toute probabilité, reconnaissait pour cause la chute faite, quatorze ans auparavant, par la malade; 4° que le fœtus ne pouvant être extrait par les voies naturelles, l'opération césarienne était indispensable.

Le cathétérisme ne peut être pratiqué; une ponction faite au-dessus du pubis gauche, à un pouce de la ligne blanche, donne issue à une grande quantité d'urine. Pendant que l'urine s'écoulait, que la vessie se contractait et que la tumeur du côté gauche diminuait de volume, on put très-bien observer que l'abdomen devenait proéminent dans la région épigastrique, de manière à faire saillir l'ombilic. L'état de faiblesse de la malade fit remettre l'opération césarienne au lendemain. Celle-ci fut pratiquée par le procédé ordinaire, un peu modifié à cause de la situation insolite de la matrice; on fit l'extraction d'un fœtus du sexe féminin, mort et déjà en partie putréfié. La mère, après avoir supporté l'opération avec courage et avoir donné quelque espoir de guérison, s'éteignit le sixième jour.

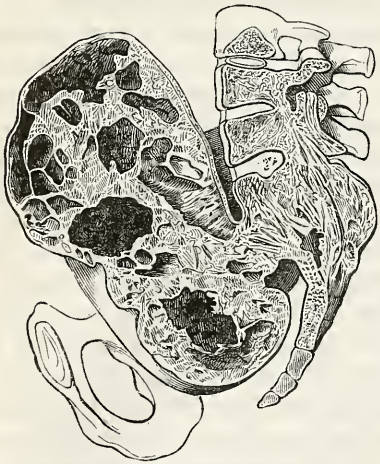


Fig. 143.

A l'autopsie, on trouva une tumeur qui s'élevait de la face antérieure du sacrum, et qui prenait naissance du corps des trois premières vertèbres, du sacrum et de la face antérieure des trois premières apophyses transverses du même os. Paraissant formée de trois portions dont la moyenne était la plus considérable, elle se portait en avant et remplissait presque entièrement le petit bassin et une bonne partie du grand. La moitié supérieure de cette exostose, située au-dessus du détroit supérieur, s'élevait dans le grand bassin et était beaucoup plus large que la moitié inférieure contenue dans l'excavation.

La troisième observation, dans laquelle il est constaté que l'accouchement a été laborieux par la présence d'une exostose dans la cavité pelvienne, et dans laquelle aussi l'autopsie a confirmé le diagnostic, est celle qui a été recueillie par G.-A. Fried et qui est rap-

portée dans la thèse de Thierry [1]. Dans ce cas, l'étroitesse du bassin força de recourir à la perforation du crâne, car on ne pouvait douter de la mort de l'enfant. La mère, délivrée par le secours de l'art, mais avec un peu de peine, mourut quelque temps après.

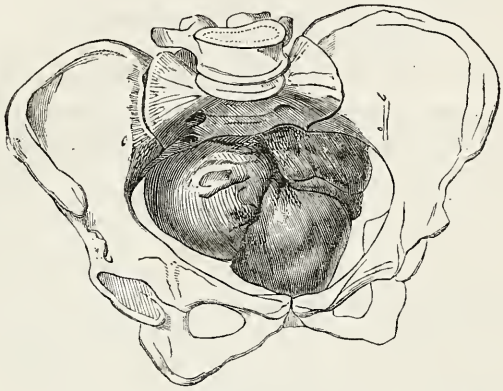


Fig. 144.

A ces trois observations il faut ajouter celle qui a été communiquée à la Société de la Faculté de médecine de Paris par M. Duret, chirurgien de la marine à Brest [2], observation rapportée par Wigande [3].

J'ai déjà indiqué, page 265, l'observation, encore fort heureusement incomplète, d'une dame qui porte une tumeur de cette espèce. Entre cette tumeur et la paroi antérieure du bassin, il y a tout au plus 1 pouce ($0^m,027$) de passage; cette tumeur, solide, comprime l'utérus qui se trouve aplati sur la symphyse sacro-iliaque gauche. La nature de l'affection a été constatée par M. Ricord, qui fait subir un traitement à cette dame. Si une grossesse survenait dans de semblables circonstances, l'accouchement provoqué à deux ou trois mois pourrait seul sauver cette dame. Comme je l'ai dit à l'article *Tumeurs du bassin dans la grossesse*, l'observation est malheureusement aujourd'hui complète.

Diagnostic. — M. Lenoir regarde en général comme fort difficile de reconnaître une exostose du bassin chez une femme enceinte.

[1] Joh. Mich. Thierry, *Dissert. de partu difficili a mala conformatione pelvis.* Argent., 1764.

[2] Extrait d'une observation sur un bassin exostosé, dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que 20 lignes ($0^m,045$). (*Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, 1810, n° 10 et dernier.)

[3] *Quelques mots à M. le professeur Osiander.* Hambourg, 1801 (en allemand).

C'est une opinion que je partage de tout point. M. Lenoir cite pour preuve les observations nombreuses dans lesquelles Nægelé a montré que des accoucheurs d'une grande habileté ont pris pour une exostose du sacrum la saillie démesurée du promontoire de bassins rachitiques, et cette remarque de l'éminent W.-J. Schmitt, qui dit n'avoir jamais été appelé en consultation pour des cas de dystocie résultant de l'étroitesse du bassin, sans que le praticien qui le demandait soupçonnât l'existence d'une exostose, quand il n'assurait pas positivement l'avoir reconnue. Toutefois les auteurs donnent deux signes qu'ils regardent comme pathognomoniques de l'existence d'une exostose du bassin; ce sont : 1° le point de départ de la tumeur qui est un os ; 2° sa dureté pierreuse ; et ils pensent qu'on peut toujours, à l'aide du toucher, arriver à un diagnostic certain. Cette tumeur est dure, raboteuse, ne cède pas sous la pression, est immobile, offre quelquefois des fissures, est toujours recouverte par le vagin, proémine le plus souvent derrière ce conduit, rarement sur ses côtés, et, pour peu qu'elle ait du volume, applique alors tellement les deux parois opposées de cet organe l'une contre l'autre, qu'il est le plus souvent impossible d'y introduire deux doigts. Vient-on à faire l'exploration par l'anus, on trouve la tumeur située derrière le rectum, et cet intestin lui-même très-souvent dévié de sa position naturelle. La saillie exagérée du promontoire produite par le rachitisme peut-elle, par un examen à peu près semblable, être distinguée d'une exostose de la cavité du petit bassin? Malgré la valeur de la plupart de ces moyens d'exploration et des signes qu'ils fournissent, on comprend que le diagnostic des tumeurs osseuses de l'excavation doit être fort difficile à établir ; d'autant plus qu'ordinairement ce diagnostic doit être fait dans des circonstances qui sont loin d'en aplanir les difficultés : c'est en effet quand le travail est déjà commencé que l'accoucheur est le plus souvent appelé à reconnaître la nature de l'obstacle qui s'oppose à son achèvement; c'est quand la tête de l'enfant tend à s'engager ou s'est déjà en partie engagée dans l'excavation ; c'est quand la vessie et le rectum sont distendus outre mesure par la rétention des matières qu'ils contiennent, rétention qui reconnaît pour cause la compression de l'orifice de ces réservoirs par l'exostose, ainsi que cela est noté dans les observations de Duret et de Leydig. Or, dans ces diverses circonstances, nous maintenons qu'il faudra toujours une habitude d'observation et une sagacité peu communes pour éviter ces différentes causes d'erreur et établir un diagnostic certain. Fort heureusement que le diagnostic différentiel n'est que d'une utilité secondaire ; c'est surtout l'étendue que présente le bassin, l'espace

qui existe entre la tumeur et les parois de ce canal, qui serviront à baser les indications.

Ostéosarcome des parois du bassin.

L'ostéosarcome est le cancer des os. Il est caractérisé par une tumeur qui a son point de départ soit dans le périoste, soit dans la trame de l'os, et qui y est formée par la présence et le développement du tissu encéphaloïde ou du tissu colloïde, rarement du tissu squirrheux.

L'ostéosarcome a été rencontré sur tous les os du squelette; ceux du bassin n'en sont donc point exempts, et même, d'après la remarque qui en a été depuis longtemps faite par Boyer et Lobstein, il a une prédilection marquée pour l'os iliaque, le plus large des os qui entrent dans la composition de cette cavité.

On pourrait être surpris, d'après cela, qu'il ne se trouve pas dans la science plus d'observations d'ostéosarcome des parois du bassin qui soit devenu cause de dystocie. Cette rareté peut tenir à deux causes : ou bien à ce que le cancer des os, comme celui des parties molles, se développe assez ordinairement à une époque de la vie des femmes où elles ne sont plus aptes à concevoir, à l'époque de la cessation des règles; ou bien encore à ce que, dans le cas d'ostéosarcome comme dans celui d'exostose du bassin, le travail morbide qui a lieu dans le voisinage des organes génitaux, et consécutivement le volume de la tumeur qui déplace et comprime ces organes, font sans doute obstacle à la fécondation elle-même. Toujours est-il qu'on ne rencontre dans les annales de l'art que fort peu de cas de grossesse où un véritable cancer des os du bassin soit signalé comme ayant gêné ou empêché l'accouchement. Ce n'est pas que des observations assez nombreuses n'aient été produites sous ce titre; mais Lenoir prétend qu'en lisant avec attention ces faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils ont rapport à tout autre chose qu'à des ostéosarcomes. M. Puchelt lui-même ne s'est pas tenu à l'abri de ce reproche dans sa dissertation dans les deux cas qu'il transcrit sous le titre d'*ostéosarcomes*.

Les deux observations suivantes, extraites de l'ouvrage de Lenoir, ont l'avantage d'avoir été prises dans tous leurs détails, et de contenir une description anatomique de la lésion qui ne peut laisser aucun doute sur la nature de celle-ci.

L'une se trouve dans le journal des docteurs Canstatt et Eisenman. Elle a pour titre : *Observation de carcinome médullaire développé dans le bassin et devenu cause de dystocie*. Elle a été recueillie par le docteur Scharf. En voici un extrait : La tumeur, située dans la partie

postérieure droite du bassin, recouvrait les quatre premières vertèbres du sacrum. Elle dépassait dans ses deux tiers supérieurs la saillie sacro-vertébrale et s'étendait dans le grand bassin. La tumeur était élastique, de forme ovalaire ; son grand diamètre se dirigeait dans le sens de la longueur du bassin ; sa couleur était rouge pâle; en avant, elle était recouverte par le *fascia pelvia*. En séparant la tumeur des parois du bassin, on vit qu'elle formait au-dessous du promontoire une saillie ovalaire qui était reçue dans un enfoncement correspondant du sacrum, dans lequel on trouva le second nerf sacré. Des adhérences comme cartilagineuses unissaient la tumeur avec la première et la deuxième vertèbre sacrées, dans tout le contour de la fosse creusée au niveau du deuxième trou de conjugaison, où la surface de l'os était rugueuse, comme cariée. Au delà, les adhérences étaient seulement aponévrotiques ou celluleuses.

La circonférence horizontale de cette tumeur avait 11 pouces 1/2 (0^m,311), La circonférence prise dans le sens de sa longueur était de 13 pouces 1/2 (0^m,365). Elle avait 3 pouces 1/2 (0^m,095) d'épaisseur et pesait 25 onces (775 grammes).

Dans sa moitié inférieure, la consistance de la tumeur était plus molle que dans sa moitié supérieure; elle présentait çà et là des points plus fluctuants et semblant contenir du liquide.

L'enfant s'étant présenté par la tête, on essaya de terminer l'accouchement par la version sur les fesses, qu'on parvint à exécuter. Mais pendant l'extraction le tronc se sépara de la tête. On coupa même une portion de peau qui aurait pu servir à fixer la tête. On en vint alors à la perforation dont l'exécution fut fort difficile. La femme mourut peu de temps après l'extraction du délivre. Scharf ajoute qu'il y avait indication de pratiquer l'opération césarienne, qui aurait sûrement conservé la vie de l'enfant et peut-être sauvé la mère. La version était ici formellement contre-indiquée, la céphalotripsie ou l'opération césarienne devaient seules être pratiquées.

L'autre observation est consignée dans la thèse du docteur Meyer sous le titre suivant : *Cas d'ostéosarcome ayant nécessité l'opération césarienne, recueilli à la clinique de M. Stoltz, de Strasbourg*[1]. Nous voulons la reproduire ici malgré son étendue ; son importance pratique et le soin tout particulier avec lequel elle a été rédigée nous y engagent.

Élisabeth Fritz, âgée de vingt-neuf ans, bien conformée, mais délicatement constituée et portant les traces d'une maladie grave qui la mine depuis plusieurs années, est entrée à la clinique de M. Stoltz, le 15 janvier 1846. Elle était enceinte pour la seconde fois et à la fin du huitième mois de sa grossesse.

[1] *Gazette médicale de Strasbourg*, 20 mai 1848.

A la suite de sa première couche, qui eut lieu spontanément il y a trois ans, elle était déjà entrée à la clinique pour des douleurs vives et déchirantes qu'elle ressentait dans le bassin et à la région sacrée. On reconnut alors que ces douleurs étaient dues à une tumeur saillante dans l'excavation et appliquée sur la face antérieure du sacrum. On se convainquit plus tard que cette tumeur était de la nature du sarcome médullaire, quoiqu'elle eût de prime abord l'apparence fibreuse. Au début de la maladie, les douleurs produites par cette tumeur n'avaient lieu que pendant la menstruation; mais plus tard, et depuis son premier accouchement jusqu'à ce jour, elles ont été continues, et se sont fait sentir, surtout pendant la nuit, au sacrum et dans la fesse gauche.

L'examen fait par le professeur Stoltz, trois mois après le premier accouchement, lui fit constater l'existence d'une tumeur interne fixée par sa base à l'extrémité coccygienne du sacrum, et ayant environ le volume d'un œuf d'oie. A cette époque, on combattit les accidents qu'elle produisait par l'application de quelques sangsues, l'usage de la morphine, des purgatifs; mais ces moyens ne produisirent que peu de soulagement. Néanmoins la malade sortit de la clinique dans le mois d'octobre suivant, trois mois environ après son entrée. Rentrée à l'hôpital après une absence de quatre mois, on put reconnaître que la tumeur avait considérablement augmenté de volume, qu'elle avait repoussé le rectum et le vagin en avant, et qu'elle présentait une espèce de fluctuation à son centre. On résolut de faire une ponction exploratrice dans son intérieur; mais cette ponction ne donna issue à aucun liquide, seulement la canule du trocart renfermait quelques grains blanchâtres de l'apparence du riz ou du sagou cuit.

Quelques jours après cette ponction, on reconnut que la tumeur avait augmenté de volume au point qu'on pouvait l'atteindre par l'hypogastre : elle était aussi devenue plus sensible. Plus tard, on constata un gonflement inflammatoire de la fesse droite qui augmenta avec une grande rapidité. On fait une nouvelle ponction par le rectum; même résultat qu'à la première : il ne s'écoule qu'un peu de sang et une matière gélatineuse transparente d'une odeur spermatique. Elle est suivie de douleurs vives, de fièvre, d'insomnie. La tumeur augmente encore et devient fluctuante à son centre. Le toucher anal fait reconnaître une communication entre le point fluctuant extérieur et la tumeur du bassin; il s'écoule par la dernière ouverture faite avec le trocart une matière sanieuse et fétide qui tombe dans le rectum, et sort consécutivement par l'anus d'où on l'enlève par des injections émollientes. Plus tard encore on pratiqua

une nouvelle ponction dans le point fluctuant de la fesse, mais avec un bistouri étroit. Il s'en écoula un liquide épais, noirâtre, entremêlé d'une matière purulente d'une fétidité cadavérique et paraissant formé de sang décomposé ; on évalua à 300 grammes la quantité qui s'en écoula. La fesse s'affaisse et redevient molle, la tumeur de l'excavation se ramollit sans s'affaisser tout à fait ; une mèche de charpie fut placée dans l'ouverture, la malade se sentit soulagée. Les jours suivants, il s'écoula une grande quantité du même liquide fétide qui devint peu à peu plus fluide et plus puriforme. La tumeur s'était affaissée de plus de moitié. L'excrétion des urines, qui, depuis le développement de l'inflammation de la tumeur intérieure et de la fesse, avait été provoquée par la sonde, redevient spontanée. Au moyen d'une sonde exploratrice portée dans la plaie, on reconnaît un large foyer et une grande dénudation du sacrum, qu'on trouve ramolli à sa partie inférieure. La malade était très-maigre; mais le pus était devenu plus crémeux. On applique deux moxas sur les fesses, et on les transforme plus tard en cautère; insensiblement la fièvre diminue et la suppuration devient moins abondante. Quelques jours après, la malade put se lever et marcher un peu. L'abcès se ferma, les douleurs disparurent, et le toucher rectal fit reconnaître que la tumeur de la concavité du sacrum était affaissée, mais solide, à coque fibreuse ou fibro-cartilagineuse à peu près indolore.

La malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital. On lui recommanda d'entretenir ses cautères, et de ne pas s'exposer à devenir enceinte.

M. Stoltz avait perdu cette femme de vue, lorsqu'elle revint à la clinique en janvier 1846, deux ans et demi après sa sortie; elle y revenait enceinte de huit mois, et offrait un accroissement considérable extérieur et intérieur de sa tumeur. Elle raconta que ses règles parurent huit jours après sa sortie de l'hôpital, et que des douleurs se firent sentir dans le sacrum après elles, pour ne discontinuer qu'au moment où elle devint grosse. Elle souffrait surtout la nuit, et pendant tout l'hiver de 1844 à 1845 elle n'avait pu rester couchée plusieurs heures de suite; la position assise était devenue aussi de jour en jour plus pénible, et enfin presque impossible. Les règles se sont présentées exactement; mais elles ont été accompagnées de tranchées extrêmement douloureuses. Du reste, elle a repris des forces, et elle offre une belle carnation, malgré les douleurs qu'elle a endurées.

On procède à l'examen de cette femme le 15 janvier. Toute la région sacrée et fessière forme une saillie en segment de sphère, légèrement déprimée au milieu et verticalement par la ligne de séparation des deux fesses, continuée par la région sacrée. Cette saillie, en

forme de tumeur fixée par sa base sur la région postérieure du bassin, présente en hauteur (à la base) 22 centimètres, en largeur 255 millimètres; sa saillie apparente antéro-postérieure est de 10 centimètres; enfin, la circonférence, prise à la base, est de 78 centimètres. La peau qui la recouvre est luisante et parsemée de veines dilatées qui lui donnent une teinte bleuâtre; la consistance est molle ou plutôt élastique, et présente une fluctuation apparente en plusieurs endroits, notamment en haut et à gauche, où se trouve une saillie de la forme d'un verre de montre très-convexe. Au-dessous de cet endroit existe encore le cautère appliqué deux ans auparavant. Celui du côté droit n'avait pas été entretenu, et se trouvait fermé depuis plusieurs mois. La région périnéale est saillante, convexe; l'anus avance en forme de cône; toute la région comprise entre lui et le coccyx paraît refoulée en arrière et en bas, et la vulve présente une résistance élastique comme la tumeur de la convexité du sacrum. En écartant les lèvres de la vulve, la paroi postérieure du vagin apparaît sous forme d'une saillie rouge comme dans le rectocèle; cette saillie présente au doigt la même résistance que la tumeur principale. Enfin, en pénétrant dans le vagin lui-même, on reconnaît que l'excavation pelvienne est occupée par une tumeur lisse, élastique, qui a poussé le vagin en avant et le rectum à gauche contre le trou ovalaire, où il est facile de le reconnaître par la saillie cylindrique qu'il présente et que lui font faire les matières fécales qu'il renferme. On constate d'ailleurs ce fait par le toucher anal.

En poussant le doigt introduit en supination dans le vagin, le long de la symphyse du pubis, on arrive au niveau de la crête de cet os au col de l'utérus. Il forme un mamelon saillant et mou, ainsi que cela arrive dans le dernier mois d'une grossesse tout à fait normale.

On ne peut pas explorer le segment inférieur, et l'on ne rencontre aucune partie du fœtus. On peut facilement glisser le doigt explorateur en haut, à gauche et à droite, et parcourir ainsi le cintre antérieur du bassin, mais l'espace manque pour le passage de quelque partie que ce soit d'un fœtus à terme.

La tumeur intra-pelvienne est en communication directe avec la tumeur externe. La percussion et même une pression un peu forte se communiquent avec une grande facilité de l'extérieur à l'intérieur, et *vice versâ*. On sent même une espèce d'ondulation ou de fluctuation, comme celle qui est le résultat de la mise en mouvement d'un liquide renfermé dans un kyste. La tumeur externe et la tumeur interne n'en forment donc qu'une seule, au milieu de laquelle est compris le sacrum avec toutes les parties qui en sont inséparables et notamment la queue de cheval et les plexus sacrés.

Le rudiment de tumeur qui restait au-devant du sacrum à la sortie de la malade du service de clinique d'accouchement, en juillet 1844, s'était donc de nouveau développé *intus et extra pelvim*, et avait acquis un volume qui rendait l'accouchement par les voies naturelles impossible.

M. Stoltz, dans le but, sans doute, de diminuer le volume de la tumeur, y pratiqua une ponction avec un trocart à hydrocèle. Il ne sortit rien, mais la canule amena dans son intérieur une petite quantité de matière molle, transparente et granuleuse, analogue à du sagou bien cuit. Soumise à l'analyse microscopique par M. Kuss, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Strasbourg, cette matière a été reconnue pour être du tissu cancéreux.

Du reste, cette ponction, si elle n'amena aucune diminution dans le volume de la tumeur, ne fut suivie d'aucun accident.

Ce fut dans la nuit du 18 au 19 février que les douleurs de l'enfantement se déclarèrent. M. Stoltz procéda à l'opération césarienne le 20, à une heure du matin. Celle-ci fut simple et courte; elle permit d'extraire un enfant mâle bien portant. Les suites en furent heureuses, la mère se rétablit en vingt-deux jours; mais la femme continua à souffrir de sa tumeur dans les extrémités inférieures. La marche et la station assise devinrent plus difficiles.

La tumeur augmenta de volume et se ramollit davantage, et son sommet devint brunâtre et marbré. Quatre moxas appliqués successivement sur la partie gauche et inférieure de celle-ci sont suivis de beaucoup de soulagement, mais bientôt les douleurs aussi vives qu'avant reparaissent dans la tumeur et dans les extrémités inférieures, que l'application de deux nouveaux moxas ne soulage pas.

Un ramollissement général s'empare de la tumeur, en même temps une toux suivie de l'expectoration de crachats mucoso-purulents fatigue beaucoup la malade. Enfin, une tumeur fongueuse, contenant de la matière cérébriforme et fournissant un écoulement de sang assez abondant, se développe sur la plaie de l'un des premiers moxas, et exige, pour être réprimée, l'ébrasure suivie de nombreuses cautérisations. En dernier lieu, il se joignit aux signes de la cachexie cancéreuse ceux d'une infection putride produite par la fonte sanieuse et la fragmentation spontanée de la tumeur. Des douleurs atroces et continuelles arrachent des cris à la malade et lui font désirer la mort. Celle-ci arriva le 8 août.

A l'autopsie, on trouva à la place de la tumeur de la région sacrée, qui est affaissée et vidée, une vaste poche contenant une espèce de bouillie rougeâtre lie de vin et des esquilles osseuses. Le bassin est,

du reste, d'une conformation très-régulière et présente des dimensions normales.

Le *diagnostic* de l'ostéosarcome du bassin n'est pas facile à établir. La mollesse qu'il présente à une certaine période de son développement et la dureté qu'il a à une autre peuvent le faire confondre à la fois, d'une part avec les exostoses, et d'autre part avec les tumeurs molles de la cavité du petit bassin. On le distinguera de ces dernières, quand il aura son siége sur le sacrum, par le signe que nous avons déjà indiqué en parlant des tumeurs osseuses émanant de ce même os, à savoir, la position de la tumeur derrière le rectum. On le distinguera de l'*exostose* par sa mollesse et sa compressibilité, et surtout parce que, au milieu de points élastiques et comme fluctuants, il en présente d'autres plus durs et comme osseux; enfin, parce qu'il est toujours accompagné de douleurs vives que le toucher exaspère. Il est vrai que ces signes sont pour la plupart bien difficiles à apprécier par le toucher pratiqué dans la profondeur de l'excavation; mais dans le cas de doute, on aura avec avantage recours à la ponction exploratrice faite avec un trocart un peu fort : par elle on a la chance de ramener par la canule de l'instrument des parcelles de la tumeur qu'on peut soumettre à l'inspection microscopique, et qui éclaireront certainement le praticien sur la nature du mal.

Ostéostéatomes,
ou tumeurs ostéiformes du tissu cellulaire consécutivement adhérentes aux os.

Le docteur Puchelt décrit sous le nom de *stéatomes* des tumeurs développées dans le tissu cellulaire du petit bassin qui ont une consistance osseuse, cartilagineuse ou fibreuse, et qui sont tantôt libres dans ce tissu et tantôt adhérentes aux os.

L'acception que cet auteur donne ici au mot *stéatome* est trop éloignée du sens étymologique qu'on doit y attacher, et surtout de ce que l'usage a jusqu'à présent désigné chez nous par ce nom pour que nous puissions l'adopter. Lenoir lui préfère celui d'*ostéostéatome*, mot qui, bien que regardé comme synonyme d'*ostéosarcome* par les chirurgiens allemands, n'a pas encore été appliqué comme le précédent, dans nos traités de pathologie français, à désigner une altération organique bien définie, et qui, d'ailleurs, en raison même de sa double racine, donne tout de suite une idée des tumeurs auxquelles nous le réservons exclusivement, tumeurs qui, nous le répétons, sont à la fois ou successivement composées de substance fibro-graisseuse et de substance calcaire.

Lenoir a fait représenter une tumeur de ce genre qui se trouve dans le musée Dupuytren, et qui est décrite comme il suit dans le

catalogue de ce musée, sous le titre de : *Tumeur osseuse qui remplit presque complétement l'excavation pelvienne.* Elle est inscrite sous le n° 454. Les os iliaques ne présentent aucune déformation. La tumeur, qui paraît implantée sur la partie postérieure de la symphyse du pubis, des branches descendantes du pubis et ascendantes de

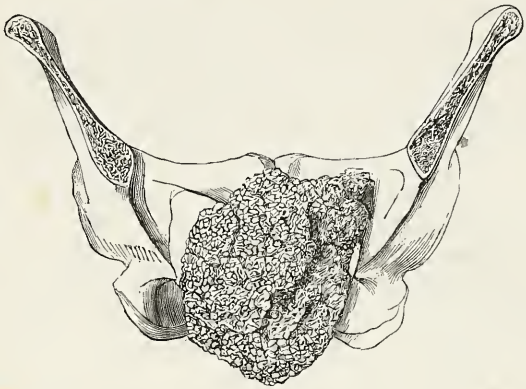


Fig. 145.

l'ischion et de la tubérosité sciatique, ainsi que sur la demi-circonférence interne du trou obturateur, *naît sans doute du périoste.* Son volume est celui d'une tête de fœtus à terme. En haut, elle ne monte pas jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin, mais dans le sens opposé elle se prolonge en dessous de l'arcade pubienne, et descend plus bas que les tubérosités sciatiques. Sa forme est celle d'une sphère irrégulière partagée en plusieurs lobes que séparent des sillons peu profonds, et chacun des lobes est lui-même granuleux. Cette tumeur est composée d'une multitude de petites masses osseuses agglomérées et réunies à l'aide d'une matière brune dont il est aujourd'hui impossible de reconnaître la nature. Ce sont ces petits noyaux osseux qui donnent à la masse morbide son aspect granuleux.

Une observation de dystocie produite par un pareil ostéostéatome du bassin a été rédigée par le docteur Pellegrini [1].

La tumeur, fendue dans son grand axe, offrait l'aspect d'une grenade. *Elle était ossifiée à sa base et dans plusieurs points de son intérieur.* Son extrémité supérieure présentait une petite cavité qui contenait une cuillerée d'un *liquide huileux épais.* Quant à sa texture interne, *elle paraissait formée d'un mélange de tissus fibreux cartilagineux et osseux.*

On peut rapprocher de cette observation celle qui a été publiée par

[1] *Archives de médecine*, 1844, 4e série, t. V.

Drew [1] et qui a été traduite en français par M. Danyau [2], et celle de J. Burns [3]. Quoique dans ces deux observations on ait à regretter une fâcheuse sobriété de détails anatomiques touchant la structure intime de la tumeur et la nature de la matière dont elle était formée, nous les considérons cependant comme appartenant à des cas d'ostéostéatomes, parce qu'elles font mention de la consistance cartilagineuse de la tumeur et de son adhérence à un point de la face interne du bassin.

On peut encore ajouter à ces observations celle que M. Gensoul, de Lyon, a consignée dans le *Compte rendu*, et qui est relative à une tumeur qui prenait naissance au milieu du ligament large de l'utérus, et qui, dure et mobile, occupait la courbure du sacrum, et était recouverte en haut par le péritoine et en bas par la muqueuse du vagin, réduisant l'étendue du diamètre antéro-postérieur de l'excavation à l'épaisseur d'un doigt; elle contenait à son intérieur une matière blanchâtre, semblable à de la chaux. La femme qui la portait avait été soumise à l'opération césarienne à laquelle elle succomba, mais son enfant fut extrait vivant.

Dans l'observation que le professeur d'Outrepont a publiée sous ce titre : *Accouchement naturel malgré une grosse tumeur fibro-cartilagineuse située dans le petit bassin* [4], cette tumeur énorme remplissant toute l'excavation était formée de tissu fibro-cartilagineux qui pourtant se ramollit au moment du travail, de manière à permettre l'accouchement naturel.

Enfin, on doit au docteur Putegnat, de Lunéville, une observation plutôt relative à un *corps fibreux* qu'à un *ostéostéatome* [5].

Le *diagnostic* des ostéostéatomes, suivant Lenoir, sera toujours très-difficile à établir pour deux raisons : d'abord, parce que leur véritable caractère anatomique n'est le plus souvent susceptible d'être reconnu que par un examen direct de leur structure intérieure, impossible à faire sur la femme vivante, et ensuite parce qu'ils peuvent se présenter à l'observateur, soit à l'état mou et libres dans le tissu cellulaire du bassin, soit à l'état dur et plus ou moins adhérents aux os de cette cavité, double condition de leur existence qui les expose à être confondus d'une part avec les exostoses, les cals difformes, etc., et d'autre part avec les kystes, les squirrhes

[1] *The Edinburgh medical and surgical journal*, t. Ist.

[2] *Des principaux vices de conformation du bassin*, par F.-C. Nægelé, trad. de l'allemand, avec des additions, par Ant. Danyau. Paris, 1840, p. 253.

[3] *The Principles of midwifery, including the Diseases of women and children*, 10th edit. London, 1843, in-8, p. 24.

[4] *Gazette médicale de Paris*, année 1840.

[5] *Gazette des hôpitaux*, année 1840, n. 79.

et toutes les autres tumeurs molles qui peuvent se développer dans les organes contenus dans l'excavation ou dans le tissu cellulaire lamineux qui entoure et qui unit ceux-ci.

Ce ne sera donc, dit encore Lenoir, qu'en explorant avec attention la consistance variée des différents points de leur surface, en cherchant à percevoir par le toucher vaginal et rectal le peu de mobilité dont elles jouissent même quand elles adhèrent aux os, et en dernier lieu en les ponctionnant avec un trois-quarts, suivant le conseil qui en a été donné par J. Burns, que l'on parviendra à établir le diagnostic sinon certain, au moins probable, de ces tumeurs ostéo-stéatomatenses. Ajoutez enfin que ces difficultés, déjà grandes, d'arriver à la connaissance de ces tumeurs, le seront encore davantage lorsque, le travail étant commencé, la tête du fœtus ou quelque autre partie de son corps se présentera à l'entrée du bassin, pressera sur la tumeur et fera obstacle à la recherche des signes diagnostiques énumérés plus haut.

Indications. — Les indications générales sont les mêmes que pour les vices de conformation du bassin : elles seront subordonnées au degré de rétrécissement.

Cependant, si la nature de la tumeur avait pu être déterminée, cette circonstance devrait modifier les indications. Ainsi, dans le cas d'ostéosarcome, la maladie étant nécessairement mortelle pour la mère, après une expectation suffisamment prolongée, une ponction devra être faite à la tumeur, si elle est molle, dans le but d'évacuer les matières fluides qu'elle pourrait contenir, afin de faciliter le passage de l'enfant. S'il n'y avait aucune chance pour l'accouchement spontané ou aidé, et que le volume de la tumeur mît dans l'obligation d'opter entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, ce serait toujours l'opération césarienne qui devrait être préférée quand l'enfant sera vivant.

Quant à l'ostéostéatome, il n'en est pas de même, cette affection laissant des chances à la mère; on devra se conduire comme dans un cas de rétrécissement ordinaire; mais quand l'ostéostéatome est volumineux et ne peut être déplacé ni vidé, qu'il n'est pas possible d'agir sur l'enfant, et que l'opération césarienne est la seule opération à lui opposer, doit-on en tenter l'extirpation? J. Burns n'hésite pas à conseiller l'extirpation dans ce cas, et il l'a pratiquée une fois avec succès pour la mère. Il avait été précédé dans cette voie par Drew, qui, par une opération pareille, avait sauvé et la mère et l'enfant. Toutefois, cet auteur ajoute avec raison qu'il ne faut entreprendre l'extirpation que si la tumeur n'est pas solidement adhérente au rectum et au vagin, et cette restriction est approuvée

par Blundell. Quant à la manière de pratiquer cette opération, quant au lieu où l'incision doit être faite, le chirurgien se décidera à fendre le vagin ou l'un des côtés du périnée, suivant qu'il arrivera plus directement à la tumeur par l'un ou par l'autre de ces points. Stein (jeune) recommande la première voie; mais M. Puchelt fait observer avec raison que si, dans l'incision du périnée, la plaie d'opération est plus profonde, en revanche, le champ de la manœuvre est plus étendu, et l'extraction de la tumeur plus facile; de plus, la plaie n'est pas sujette à se déchirer lorsque la tête descend, accident qui doit inévitablement arriver lorsque l'incision a été pratiquée sur le vagin : pour ces raisons donc, à facilité égale d'exécution, doit être préférée l'incision du périnée.

§ 2. — Tumeurs mobiles.

Les tumeurs mobiles que l'on rencontre dans l'excavation n'y sont pas développées; ce sont, dans la plupart des cas, des kystes de l'ovaire, des tumeurs pédiculées de nature variable et développées dans l'abdomen, des calculs vésicaux, la vessie elle-même distendue par l'urine, qui sont poussées jusque dans l'excavation au-dessous des parties fœtales, et s'opposent au passage de l'enfant. Quand elles sont peu volumineuses, l'accouchement peut s'effectuer, mais le froissement de la tumeur, sa contusion, donnent lieu souvent à des accidents consécutifs graves : aussi faut-il, dans tous ces cas, tenter de remonter les tumeurs abdominales au-dessus du détroit supérieur.

Indications. — Lorsque l'accoucheur constate, dès le début du travail, la présence d'une semblable tumeur au détroit supérieur, il doit la soutenir continuellement avec l'extrémité des doigts, surtout pendant la contraction, afin de favoriser l'engagement de la tête et de s'opposer à celui de la tumeur. Si, malgré ce soin, l'engagement de la tête n'a pas lieu, il introduira toute la main dans le vagin, et soulèvera la tumeur au-dessus du détroit supérieur; puis, si les membranes sont intactes, il les rompra immédiatement pour favoriser l'engagement de la tête; si, au moment où l'accoucheur arrive, la tumeur est déjà engagée dans l'excavation, il doit encore en tenter la réduction en profitant de l'intervalle d'une douleur; mais si la tête est déjà engagée dans le détroit supérieur, si les contractions utérines l'ont solidement fixée, si l'utérus est rétracté avec énergie, la réduction sera impossible. Dans ce cas, l'accoucheur, après avoir constaté l'insuffisance de la nature par une expectation raisonnable, n'aurait plus à choisir qu'entre l'extirpation de la tumeur ou la réduction du volume du produit. C'est la nature même de la tumeur qui le décidera dans le choix du procédé qu'il devra employer.

A. *Tumeurs abdominales* [1]. — Si la tumeur s'est engagée dans le cul-de-sac postérieur du péritoine, il y a tout lieu de croire qu'elle est constituée par un kyste de l'ovaire ou par l'engagement de tout autre organe, dont l'extirpation déterminerait la mort immédiate de a mère; dans ce cas, c'est sur le produit qu'il faut agir. C'est ici que la perforation du crâne et la céphalotripsie surtout seront indiquées.

L'observation suivante en est une preuve.

La femme Bernet fut apportée en travail le 27 février 1839, à cinq heures du soir, à la salle des accouchements de la Clinique, les membranes étaient rompues depuis le 20, et le travail déclaré depuis le 21 ; je touchai cette femme à son arrivée ; mais la tête restait si élevée au-dessus du détroit supérieur, qu'il m'était presque impossible de l'atteindre; au contraire, on sentait en arrière, et profondément engagée dans l'excavation, une tumeur résistante, lisse et volumineuse, immobile, qu'au premier abord on aurait pu prendre pour la tête; le doigt, introduit dans l'étroit passage qui existait entre la tumeur et le derrière de la symphyse des pubis, sentait par son extrémité une bosse sanguine considérable et aplatie, qui, à chaque contraction, faisait effort pour s'engager. Je fis quelques tentatives de réduction que M. le professeur P. Dubois renouvela aussi à son arrivée, mais inutilement. La femme était considérablement affaiblie, le pouls fréquent, la face altérée, et il se décida à diminuer le volume de la tête de l'enfant, qui, du reste, avait déjà depuis longtemps cessé de vivre : le céphalotribe fut introduit sans trop de difficultés, et le volume de l'extrémité céphalique une fois réduit, il fallut des efforts de tractions énergiques pour l'extraire. Immédiatement après, M. Dubois, examinant l'état des parties, fut fort surpris de ne rien trouver dans le vagin, la tumeur était remontée dans la fosse iliaque gauche où on la sentait très-manifestement. Le ventre déjà météorisé devint très-douloureux, le pouls très-fréquent, petit, dépressible ; enfin, la prostration des forces était telle, que la malade pouvait à peine articuler une parole. Cependant cet appareil alarmant céda à l'influence d'un traitement antiphlogistique; mais à peine rétablie,

Fig. 146.

[1] Voir le remarquable travail de M. Chassaignac, *Des tumeurs enkystées de l'abdomen*. Paris, 1851, in-8.

la malade, ayant désiré sortir de l'hôpital, fut forcée de rentrer de nouveau, et succomba en peu de jours à la suite d'une péritonite. Malheureusement l'autopsie ne put être faite; cette femme était juive, et fut réclamée par ses parents.

On comprend très-bien que dans ce cas une investigation attentive aurait pu faire reconnaître dès le début du travail la présence de la tumeur que l'accoucheur aurait alors pu maintenir élevée en la soutenant à chaque contraction; ce qui aurait permis à la tête de s'engager seule. La facilité avec laquelle la tumeur s'est réduite d'elle-même après l'opération est une preuve que cette réduction n'aurait présenté aucune difficulté.

B. *Calculs vésicaux* [1]. — Si la tumeur était constituée par un calcul renfermé dans la vessie et que la réduction en eût été impossible, il faudrait pratiquer la lithotomie vaginale. La lithotomie *sus-pubienne* a été conseillée dans ce cas dans une publication récente; j'avoue que j'ai peine à m'en expliquer les raisons; car je ne pense pas d'abord qu'on puisse enlever une pierre par la taille sus-pubienne, quand cette pierre est engagée dans l'excavation et y est solidement fixée sous la tête. En outre, les raisons qui obligent à pratiquer la taille sus-pubienne ne peuvent pas exister ici; la pierre, quel que soit son volume, a pu s'engager dans le bassin, elle peut donc aussi franchir le détroit inférieur; le seul et unique moyen de l'extraire doit être alors de pratiquer la taille vaginale.

M. Monod a communiqué à la Société de chirurgie une observation excessivement intéressante.

Le mercredi 3 octobre au soir, en l'absence de M. Dubois, M. Monod fut appelé à la maison d'accouchements pour donner des soins à une malade dans les conditions suivantes :

Elle était âgée de quarante ans, enceinte pour la première fois; elle était parvenue au terme de sa grossesse. Depuis le matin elle était en travail, la poche des eaux s'étant rompue. Malgré la fréquence des douleurs, l'accouchement n'avançait pas, et l'on reconnaissait facilement que l'obstacle apporté à la marche naturelle du travail était formé par une tumeur volumineuse située dans le vagin, dans l'épaisseur de la paroi antérieure de ce conduit. La sage-femme qui soignait cette malade l'engagea à se rendre à la Maternité.

Au toucher, la tumeur était excessivement dure. Elle faisait une saillie considérable à l'entrée du vagin; elle fermait complétement l'orifice. Il était facile, d'après la forme, la situation, la constitution

[1] Consultez Civiale, *Traité pratique des maladies des organes génito urinaires.* Troisième édit., Paris, 1860, 3 vol. in-8.

et la mobilité de cette tumeur, de reconnaître qu'elle était formée par une pierre contenue dans la vessie. Une sonde introduite dans cet organe, avec assez de difficulté, en raison du déplacement de l'urètre, ne pouvait laisser aucun doute sur la justesse du diagnostic.

M. Monod, qui, lorsqu'il avait été appelé, avait été prévenu qu'il s'agissait d'un calcul, s'était muni d'instruments lithotriteurs; mais leur application n'était pas possible dans cette circonstance.

Comme nous l'avons dit, en outre, l'introduction d'une sonde dans l'urètre offrait de grandes difficultés. M. Monod, en présence d'un fait aussi sérieux, adopta immédiatement un procédé d'une extrême simplicité. Il introduisit au-dessous de la tumeur le doigt indicateur de la main gauche, le faisant pénétrer dans le vagin, la pulpe regardant cette tumeur, et faisant glisser ensuite sur ce doigt un bistouri droit ordinaire, il pratiqua une incision verticale sur la tumeur même. Cette incision fut assez difficile à parfaire, en raison de la forme de la pierre dont la surface était excessivement inégale. Il s'écoula immédiatement une très-grande quantité de sang, ce qui doit être attribué à la congestion naturelle de ces parties pendant le travail de l'accouchement. Mais cette hémorrhagie n'eut pas de suite.

Une fois la pierre mise à nu, M. Monod voulut la saisir avec des tenettes, mais il dut renoncer à se servir de cet instrument. Il parvint, en s'aidant des doigts seulement, à énucléer le corps étranger.

Cette pierre pèse 86 grammes; elle représente très-régulièrement la forme d'une boule que l'on aurait déprimée. Sa surface est inégale; sa consistance est considérable.

La malade avait été soumise, avant l'opération, à l'inhalation du chloroforme. L'opération terminée, elle restait encore dans l'insensibilité. M. Monod fit immédiatement appliquer le forceps par madame Charrier. La tête, encore située au détroit supérieur, fut saisie avec assez de facilité, et on amena un enfant respirant encore, mais qui ne tarda pas à succomber. Il avait autour du cou une anse de cordon, et l'extrémité du forceps pressa sur un point de cet organe. Est-ce à cette circonstance que doit être attribuée la mort de l'enfant?

Quant aux suites de l'opération, elles ont été aussi heureuses que possible. Dès le lendemain 4 octobre, l'urine passait par l'urètre presque entièrement. Il s'en écoulait très-peu par la plaie. A partir du 8 octobre, il n'y avait plus de trace d'écoulement d'urine par le vagin.

Si la malade avait été abandonnée à elle-même, je suis porté à croire que la rupture n'aurait pas porté sur l'utérus, mais bien sur la vessie. Ainsi Guillemeau, qui rapporte le premier exemple de

travail ralenti par un calcul, dit qu'il en résulta une contusion du col, un abcès, et une *fistule* par laquelle la femme a longtemps rendu son urine. Ce qui démontre que la paroi vésico-vaginale fut détruite. Smellie cite un cas où la tête du fœtus finit par chasser la pierre. Quant à des ruptures de l'utérus par cette cause, les auteurs n'en rapportent aucun exemple.

C. *Distension de la vessie.* — Si c'est la vessie elle-même distendue qui fait obstacle à la tête, on reconnaît cette circonstance aux signes suivants : la tumeur est en général située sur l'un des côtés du bassin, elle est fluctuante pendant le calme, et devient rénitente, élastique pendant la contraction. Mais de plus, le cathétérisme, que l'on doit pratiquer avant tout, quand une tumeur quelconque est constatée dans le bassin, fera disparaître immédiatement cette tumeur.

M. Duparcque observa un enfant chez lequel l'accumulation de l'urine dans la vessie et les reins, par suite d'imperforation du canal de l'urètre, avait mis obstacle à l'accouchement spontané. L'extraction put cependant être effectuée à l'aide de tractions, parce que l'enfant n'avait pas dépassé le terme de huit mois.

Dans ce cas encore, la ponction de la vessie serait la seule ressource, si les tractions étaient insuffisantes.

D. *Réplétion du rectum.* — Des matières fécales endurcies peuvent s'accumuler dans le rectum et le développer au point de rendre l'accouchement impossible. Mon père, avec M. Anné, eut occasion d'observer un cas semblable, dans lequel les lavements et les purgatifs échouèrent complétement ; il fut obligé de vider le rectum avec une curette.

ARTICLE X.

TUMEURS DE LA VULVE ET DU VAGIN.

L'œdème des grandes lèvres, le développement variqueux de leurs veines, le thrombus de la vulve, du vagin, les tumeurs cancéreuses et fibreuses, les kystes, les végétations qui peuvent se développer dans l'épaisseur des parois du vagin, sont autant de complications qui peuvent avoir de la gravité pour la mère ; ces tumeurs, quand elles sont très-développées, peuvent aussi mettre obstacle à l'accouchement.

§ 1. — Œdème des grandes lèvres.

Lorsque les lèvres de la vulve sont le siége d'un œdème considérable, la dernière expulsion de la tête peut être ralentie, et la pression de la tête, au moment du travail, peut déterminer la gangrène

ou la rupture des lèvres : ces accidents sont très-rares. J'ai vu toujours les femmes, même celles dont la vulve était extrêmement infiltrée, se délivrer d'elles-mêmes, sans que cet œdème créât des difficultés et fît courir aucun danger à la mère. Cependant, quand l'œdème est considérable, il est bon de donner issue à la sérosité, en pratiquant quelques mouchetures avec la lancette.

§ 2. — Varices et thrombus des lèvres.

A. *Varices.* — L'état variqueux des grandes lèvres et du vagin, déterminé par la gêne que le développement de l'utérus apporte dans la circulation veineuse des membres inférieurs, ne nécessite par lui-même aucun moyen particulier; mais les accidents auxquels ces varices donnent lieu sont de nature, par leur gravité, à mériter toute l'attention de l'homme de l'art. Pendant la grossesse en effet, mais surtout pendant le travail, ces veines extrêmement tuméfiées peuvent se rompre et laisser épancher dans le tissu cellulaire une plus ou moins grande quantité de sang; quelquefois même, à la suite de la gangrène des parties, cet épanchement se fait jour à l'extérieur, et la femme peut périr d'hémorrhagie.

B. Thrombus. — Il est rare que les veines variqueuses se rompent dans les premiers mois de la grossesse, elles ne sont pas en général assez développées pour se déchirer spontanément ou même sous l'influence d'une cause extérieure [1]. C'est à une époque voisine du terme, et surtout pendant le travail, que le thrombus peut se manifester; quelquefois aussi les varices n'apparaissent qu'après la délivrance, et, dans ce cas, elles sont d'autant plus graves, qu'elles peuvent prendre un développement plus considérable dans des tissus relâchés, et que souvent elles ne sont pas constatées immédiatement.

La formation du thrombus est annoncée par une douleur vive, ressentie dans la partie qui en est le siége; cette partie se tuméfie, et acquiert son volume instantanément, ou elle s'accroît insensiblement.

[1] Une femme de trente ans, qui s'était présentée à la Clinique le 12 février 1835, pour accoucher, affectée de tumeur variqueuse des grandes lèvres du vagin pendant toute sa grossesse, en avait été beaucoup moins incommodée dans la dernière quinzaine qui précéda l'accouchement.

Au moment du travail, le 27 avril, elles reprirent l'apparence qu'elles avaient eue pendant la grossesse; mais il suffit, pour en empêcher la rupture, de les soutenir légèrement avec les doigts jusqu'à ce que la tête, s'engageant dans les parties génitales, les comprimât elle-même, et l'accouchement se termina sans accident.

On a vu des thrombus occuper toute l'étendue d'une des grandes lèvres, s'étendre ensuite dans l'excavation, et contenir une quantité de sang assez considérable pour que la femme en soit notablement affaiblie.

Les tissus sont violacés, tendus; on y sent une fluctuation très-sensible, souvent même ils se rompent sous l'effort de l'épanchement, et une hémorrhagie plus ou moins grave se manifeste; quelquefois ces épanchements sanguins se terminent par résolution; ils peuvent aussi se terminer par résorption.

Au moment du travail, si la tumeur met obstacle à l'accouchement, il faudra donner issue au sang par une incision, et jamais cette incision ne devra être pratiquée avant que la tête de l'enfant soit engagée sur la tumeur même et tout près de la comprimer en s'engageant de plus en plus; sans cette précaution, en effet, une hémorrhagie grave pourrait être la conséquence de l'incision.

Si la tumeur se manifeste pendant la grossesse ou après l'accouchement, et si elle est peu considérable, on devra tenter la résolution du sang épanché; mais si elle est volumineuse, si surtout les tissus amincis, mortifiés, faisaient craindre la gangrène, il faudrait inciser largement et évacuer ainsi les caillots et le sang contenu dans la tumeur; ces caillots seront extraits avec le doigt, en ayant soin de laisser ceux qui seraient adhérents, dans la crainte de renouveler l'hémorrhagie. On a conseillé, dans ce cas, de ne pas ouvrir la tumeur aussitôt qu'elle est formée, et ce conseil est extrêmement sage. En effet, si l'on donne issue au sang épanché, avant qu'il se soit formé un caillot, on s'expose à déterminer une hémorrhagie grave; aussi doit-on attendre quelques jours avant d'inciser. Cependant, si la tumeur prenait un accroissement rapide et qu'on craignît une hémorrhagie interne grave, il faudrait ouvrir immédiatement et tamponner dans le foyer lui-même et dans le vagin.

ARTICLE XI.

EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS.

Il est rare que le produit puisse acquérir un volume assez considérable pour que l'accouchement soit impossible quand le bassin est bien conformé; le plus souvent, cet excès de volume ne fait que retarder la parturition. Cependant cette circonstance seule a pu constituer un obstacle insurmontable, lors même que le bassin était bien conformé. C'est ce qui eut lieu avec cet enfant anencéphale, sur les épaules duquel je fus obligé d'appliquer le céphalotribe avec MM. Dop et Perdrix et avec celui pour lequel je fus appelé par les

docteurs Caffe, Messaud et Seguin, en 1847. (Voyez à l'article *Inspiration d'éther et de chloroforme.*) On remédiera à cette disproportion entre le produit et le canal qu'il doit parcourir par des tractions faites à l'aide du forceps : cet instrument suffira toujours seul si le bassin et la tête sont bien conformés. Dans le cas contraire, on se conduirait comme il a été dit à l'article précédent : *Vices de conformation du bassin.*

ARTICLE XII.

DÉVELOPPEMENT ANORMAL DE CERTAINES PARTIES DU FŒTUS.

§ 1. — Hydrocéphalie.

L'hydrocéphalie, dit M. Duparcque [1], en donnant à la tête du fœtus un volume hors de proportion avec les dimensions du bassin, même le mieux conformé et le plus vaste, constitue une cause principale de dystocie. A part l'influence fâcheuse que cette maladie pourra avoir sur l'existence extra-utérine de l'enfant, elle lui est immédiatement funeste par les violences auxquelles il est soumis pendant le travail, et surtout par celles qui résultent des procédés d'extraction qu'on est obligé d'employer pour obtenir la délivrance ; elle est aussi une source de dangers pour la mère, soit par l'épuisement où la jettent de longs et inutiles efforts d'expulsion, soit par les désordres locaux qui résultent du fait même de ces efforts. Ainsi peut avoir lieu la rupture, ordinairement transversale dans ces cas, du col de l'utérus, ou de la région supérieure circulaire du vagin, comme M. Duparcque en a rapporté des exemples. Enfin, l'hydrocéphalie peut compromettre la vie de la mère par suite des manœuvres nécessaires pour la délivrer.

L'hydrocéphalie est heureusement assez rare. D'après les relevés faits à la Maternité, madame Lachapelle et A. Duguès [2] n'en ont trouvé que 15 cas sur 43,555 accouchements.

M. Duparcque, sur plus de 2,000 accouchements qu'il a pratiqués, n'a observé que 1 fois cette cause de dystocie, et 4 fois dans les cas où il fut appelé en aide par ses confrères. Dans tous, l'hydrocéphalie coïncidait avec la présentation de la tête, hors un seul cas où l'enfant s'était présenté par l'extrémité podalique ; il ajoute qu'il ne connaît pas d'autres observations suffisamment détaillées dans lesquelles l'enfant se soit *spontanément* présenté par l'extrémité pel-

[1] *Maladies de la matrice : histoire complète des ruptures et des déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée.* Paris, 1839, 2 vol. in-18.

[2] *Pratique des accouchements.* Paris, 1825, 3 vol. in-8.

vienne. Dans tous ces cas, ces enfants hydrocéphales avaient été amenés fort à tort par les pieds, dans l'espoir bien mal fondé de vaincre ainsi les difficultés.

On a distingué une hydrocéphalie externe et une hydrocéphalie interne : la première, où l'accumulation de liquide sous le cuir chevelu et le péricrâne ne constitue jamais une difficulté de la parturition, et a reçu plus spécialement le nom de *tumeur séro-sanguine ;* la seconde, où l'accumulation de sérosité dans la boîte crânienne, à laquelle seule doit être conservé le nom d'*hydrocéphalie*, mérite de fixer l'attention, tant à cause des obstacles qu'elle peut apporter dans l'accouchement, qu'à cause des dangers qu'elle fait courir au produit après sa naissance. Je n'ai à l'envisager, dans ce moment, que sous le point de vue des difficultés qu'elle peut créer pendant le travail.

Diagnostic.

Pendant le travail, on reconnaît l'hydrocéphale aux caractères suivants : la tête forme une tumeur large, dont la convexité est peu prononcée, et qui occupe tout le contour du détroit supérieur sans s'y engager. Cette tumeur est résistante pendant la douleur ; elle est molle, fluctuante pendant les intervalles des contractions et surtout aux points qui correspondent aux sutures et aux fontanelles, lesquelles sont plus ou moins largement ouvertes ; les os sont plus ou moins écartés les uns des autres. Enfin, dans les cas d'hydrocéphalie très-prononcée, ils sont comme noyés au milieu des parties molles.

Mais il s'en faut de beaucoup que le diagnostic soit facile à établir quand l'enfant s'est présenté par l'extrémité pelvienne. En effet, après l'expulsion de cette partie, la base du crâne et une petite portion de la face et de l'occiput sont seuls accessibles aux doigts de l'accoucheur ; bien plus, ils ne peuvent être atteints qu'avec une assez grande difficulté, et les doigts mêmes ne pourraient pas parvenir sur ces parties, si les tractions qu'on exerce pour extraire la tête ne faisaient subir au cou de l'enfant un allongement suffisant pour permettre aux épaules de sortir hors de la vulve, et malheureusement au détriment de la vie du fœtus.

Comme le fait très-bien remarquer M. Duparcque, il est certain que les auteurs qui établissent la facilité du diagnostic dans ces cas n'ont pas eu l'occasion d'en observer.

Ce ne sont que les difficultés de l'extraction et les moyens employés pour les surmonter qui viennent éclairer le diagnostic, comme je le dirai en parlant du traitement.

Traitement.

Lorsque l'hydrocéphalie est peu prononcée, même dans des cas où le crâne contient une assez grande quantité de liquide, l'accouchement spontané peut encore avoir lieu. La tête, extrêmement molle, s'allonge, se moule sur la filière du bassin et finit par le traverser. Mais, le plus souvent, l'accoucheur est obligé d'aider à l'expulsion, par l'application du forceps. Quelquefois même ce moyen est impuissant et la ponction de la tumeur est indispensable. Dans ce cas il faut avoir soin de ne pas atteindre la masse cérébrale, et se contenter seulement d'évacuer la sérosité ; car, bien que la vie de l'enfant soit presque à coup sûr compromise par cette ponction, on a vu cependant des enfants y survivre. Pour donner issue au liquide, on se servira d'un trois-quarts ou d'un bistouri pointu enveloppé d'une petite bande de linge, excepté à l'extrémité de la lame ; de plus, la pointe de l'instrument, quel qu'il soit, doit être coiffée d'un petit bouchon de liége ou d'une petite boule de cire, pour éviter de blesser la femme ou soi-même.

Si l'enfant s'est présenté par l'extrémité pelvienne, comme dans un cas observé par M. Duparcque, ou si, la tête s'étant présentée, on a fait fort à tort la version pelvienne, et qu'alors la tête soit arrêtée par la base du crâne, l'hydrocéphalie ayant été méconnue avant la version, quelle conduite devra-t-on suivre ? Exercer des tractions sur le tronc, qui, si elles n'amènent pas l'extraction de la tête, permettent du moins l'application du forceps ; le cou s'était allongé sous l'influence de ces tractions, il est vrai au détriment de la vie du produit. Les difficultés de l'extraction légitiment l'usage de ce procédé, quelque grave qu'il soit pour l'enfant, et on doit d'autant moins reculer devant son emploi, qu'en définitive un peu plus tard on sera nécessairement forcé de faire une ponction à la tête pour en évacuer le liquide. Si, le forceps appliqué, la tête résiste, il faut opérer la ponction de la tête, en ayant soin surtout de ne pas retirer le forceps, et si c'est à une hydrocéphalie qu'on a affaire le liquide s'écoule, et le forceps extrait cette tête.

C'est par l'application du forceps seul que M. Duparcque triompha des difficultés dans le cas soumis à son observation ; la tête éclata sous l'effort de l'instrument, et fut facilement extraite.

La femme se rétablit parfaitement (21 juin 1842)[1].

Observation. — *Accouchement laborieux par suite d'hydrocéphalie considérable et de présentation des fesses de l'enfant, par M. Vanheuvel.*

[1] *Annales d'obstétrique*, septembre 1842.

Madame R..., à terme, fut prise des premières douleurs le 21 février 1848. La poche amniotique s'étant rompue, il s'écoula une masse d'eau qui inonda tout l'appartement. L'enfant se présentait en deuxième position de fesses, ou sacro-cotyloïdienne.

Le fœtus descendit peu à peu jusqu'aux hanches ; là, malgré de fortes douleurs, tout progrès d'expulsion s'arrêta ; l'accoucheur crut devoir aider la nature en tirant avec les doigts sur le pli des aines ; les extrémités inférieures et le tronc purent être dégagés de cette manière jusqu'au nombril. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine et de longs efforts qu'il parvint à extraire les deux bras ; mais le haut du corps, le cou et la tête restèrent fixement engagés dans le bassin.

Pendant ces manœuvres, l'enfant avait cessé de vivre. Il sentit au-dessus du détroit supérieur le crâne fortement développé. Il porta les ciseaux courbes de Denman au-devant de la figure du fœtus sans pouvoir enfoncer la pointe dans la suture sagittale. Il voulut appliquer le forceps-scie : impossible, cette fois, de l'articuler ! Le petit crochet mousse fut alors introduit dans l'orbite gauche, espérant, par des tractions et des secousses brusques, parvenir à disloquer les jointures orbitaires, pour faire sortir par là cette masse de sérosité intra-crânienne. Bientôt un peu d'humidité vint mouiller la vulve; mais toutes ces tentatives duraient depuis deux heures, sans apparence d'une délivrance prochaine. Pour en finir il essaya encore le forceps ordinaire : les manches, après la jonction, offrirent un écartement considérable. Il exerça une pression forte et soutenue sur la tête de l'enfant ; un filet de liquide s'écoula au dehors sans interruption. Peu à peu le crâne s'affaissa, descendit dans la cavité pelvienne et fut enfin entraîné par le forceps qui était presque entièrement fermé. Chez cet enfant, de volume ordinaire, le crâne égalait à peu près en grosseur celui d'un adulte.

Malgré cette délivrance si laborieuse, madame R... eut les plus heureuses suites de couches. Un an après, elle mit au monde un enfant bien conformé.

Si pareille circonstance se représentait, on pourrait agir plus simplement et plus promptement que cela n'a été fait, dit M. Vanheuvel. Pour cela il n'y aurait à pratiquer qu'une incision transversale, longue de 1 à 2 pouces, dans le tissu cartilagineux des vertèbres dorsales du fœtus, tout près des organes de la mère. Si cette incision était insuffisante pour ouvrir assez largement le canal rachidien, on en ferait une seconde en arc de cercle, au-dessus ou au-dessous de la première, afin d'enlever une portion de la paroi postérieure de ce canal. Puis avec une sonde droite en gomme

élastique, munie d'un fort mandrin, on pénétrerait facilement par le canal vertébral jusque dans le crâne. Le mandrin retiré permettrait au liquide de s'écouler en entier, et la tête, en s'affaissant, sortirait d'elle-même ou du moins à l'aide de tractions méthodiques. Ce serait aussi un moyen à employer en cas d'hydrorachis considérable, quand, après la sortie de la tête, le tronc reste engagé dans le bassin.

Fig. 147.

Certainement ce procédé est ingénieux; mais n'est-il pas plus simple d'abaisser la mâchoire inférieure, de faire pénétrer les ciseaux de Smellie dans la bouche, et de perforer le crâne par la voûte palatine, comme je le fais en pareil cas, comme le représente la figure 147 ci-dessus.

§ 2. — Hydropisie, ascite et hydrothorax.

Après la sortie de la tête, la poitrine et l'abdomen, s'ils sont le siége d'un épanchement, peuvent mettre obstacle à l'accouchement. On reconnaîtra l'hydrothorax à l'écartement des espace intercostaux et à la fluctuation que le doigt y perçoit. Cette fluctuation, jointe au développement de l'abdomen, caractérise l'ascite.

La nature peut triompher de ces difficultés; cependant l'art est le plus souvent obligé d'intervenir. L'accoucheur exercera quelques tractions sur la tête, et, dans le cas où elles seraient insuffisantes, il pratiquera la ponction du thorax ou de l'abdomen.

Une femme vint accoucher, à la Clinique, d'un enfant chez lequel ces deux complications existaient : après la ponction de la poitrine, il fallut les efforts réunis de M. P. Dubois et de moi pour extraire le reste du tronc.

§ 3. — Tumeurs développées sur le produit.

Des tumeurs de diverses natures et de volume extrêmement variable

peuvent se développer sur la surface du fœtus; le plus ordinairement elles permettent l'expulsion spontanée, mais elles peuvent retarder la parturition ou y mettre un obstacle sérieux. Sur seize observations de ce genre réunies par M. A. Veling [1], trois seulement nécessitèrent l'intervention de l'homme de l'art, et encore dans la première de ces trois observations qui appartient à Busch, il suffit de faire exécuter un mouvement de rotation au fœtus pour que l'obstacle, dirigé dans la concavité du sacrum, permît une expulsion brusque.

Dans la deuxième, l'enfant, facilement expulsé jusqu'aux hanches, mais retenu par la tumeur, expira. Le docteur Hesse, de Wühselbourg, à l'aide de toute la main introduite, reconnut la présence de la tumeur : il la comprima et la fit descendre dans l'excavation, quelques tractions firent le reste.

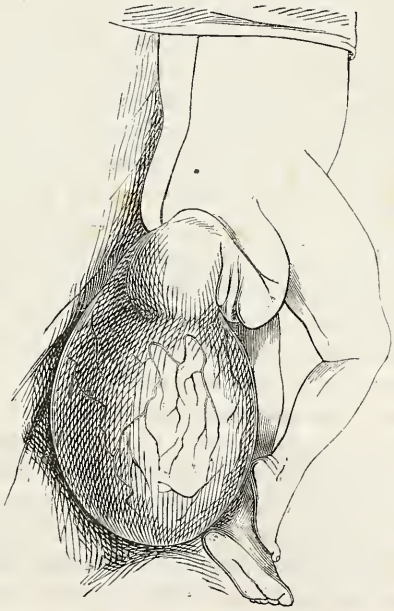


Fig. 148.

Dans la troisième, observée par le docteur Buxtorf, il en fut exactement de même. Dans aucune de ces seize observations la santé de la mère ne fut compromise.

Il est bien difficile de reconnaître l'existence de ces tumeurs à l'avance ; ce ne sont, le plus souvent, que les difficultés qui se ren-

[1] Thèse de la Faculté de médecine de Strasbourg, 1846.

contrent dans l'accouchement qui les font soupçonner. Elles sont presque toujours accessibles à la main et aux instruments, aussi c'est sur elles qu'il faudra agir spécialement, sinon on se conduirait comme dans un cas de rétrécissement du bassin.

La figure 148 représente une tumeur enkystée : c'est la première des seize observations que je viens de citer. Elle fut soumise à l'examen de MM. les professeurs Rigault, Sédillot et Stoltz. Rien de particulier ne s'était présenté dans le travail, la tumeur fut ponctionnée et extirpée ; l'enfant guérit.

Emphysème général du fœtus.

L'augmentation de volume du fœtus par le développement des gaz, qui succède à la putréfaction, lorsque, l'enfant ayant cessé de vivre, les membranes sont rompues depuis longtemps, peut créer de sérieuses difficultés pour la terminaison de l'accouchement. A une époque où la pratique obstétricale, moins éclairée, ne savait pas prévoir les obstacles, les prévenir ou les lever à temps, les tardifs secours de l'art devaient s'adresser souvent à cette cause secondaire de dystocie. Aussi n'était-elle point inconnue de Franco [1], qui s'exprime ainsi : « Advenant que ledit enfant fut si gros naturellement « ou par accident enflé, comme par putréfaction, en sorte qu'il ne « peult passer, plustost que laisser morir la mere nous deuons es- « sayer par toute maniere à diminuer la grosseur de l'enfant, soit en « luy ouurant le ventre, afin que les ventositez en sortent hors, ou « en tirer les intestins et membres intérieurs, s'il est besoin, qui « fera qu'il pourra sortir plus facilement, etc. »

On doit attribuer aux progrès de l'art la rareté de ces faits. Cependant la pratique des campagnes doit encore surtout en fournir des exemples ; et nous ne saurions trop appeler sur cette cause de dystocie l'attention des médecins dont l'habileté spéciale est souvent invoquée dans ces localités. Presque toujours tardivement appelés, ils ont à combattre non-seulement les difficultés que présente la nature, et tous les résultats d'une mauvaise manœuvre, mais encore celles qu'ajoute l'*emphysème général du fœtus* développé sous l'influence de la mort et de la prolongation insolite du travail.

M. Kosciakievitz nous a fait connaître un fait de ce genre très-curieux [2].

Observation. — Une femme de quarante ans, sanguine, robuste, de taille ordinaire, déjà mère de six enfants, nés heureusement,

[1] *Traité des hernies*, p. 338.
[2] *Gazette de Montpellier*.

éprouva dans la matinée du 28 janvier, les premières douleurs de l'enfantement. A trois heures de l'après-midi les membranes se rompirent ; à minuit seulement, la sage-femme reconnut que la face se présentait. M. K. fut appelé à trois heures, et constata une position mento-iliaque gauche transversale. Malgré l'énergie des contractions utérines, le mouvement de rotation ne s'opérant pas et l'accouchement ne paraissant pas devoir se terminer seul, M. K. se décida à quatre heures et demie à appliquer le forceps. Ce ne fut pas sans peine qu'il parvint à extraire la tête. L'extraction du tronc offrit plus de difficultés encore. Des tractions sur la tête, faites en premier lieu, furent sans succès. Un crochet placé dans l'aisselle droite ne fut pas d'un meilleur secours. A peine M. K. avait-il commencé à tirer, qu'il entendit un déchirement, et l'humérus fut presque désarticulé en entier. Toute ces tentatives étaient inutiles à cause des dimensions du tronc, *considérablement augmentées par les gaz dont il était rempli et d'une putréfaction commençante.* Je dus, dit l'auteur, me servir d'un crochet aigu, que j'introduisis au-dessous de l'omoplate droite, dans l'intervalle de la deuxième et de la troisième côte. A peine eus-je pénétré dans le thorax, qu'il en sortit une grande quantité de gaz fétide, qui s'échappait comme d'une vessie pleine d'air infect. Je pus alors introduire aisément mes doigts autour du col et dans la poitrine, et, en tirant vivement avec le crochet dans la direction du détroit inférieur, je parvins avec difficulté et au bout d'une demi-heure, à extraire le tronc d'un enfant très-volumineux dont le ventre était fort ballonné. Les suites de couches furent heureuses, l'accouchée fut promptement rétablie.

Dystocie dépendante de l'hypertrophie des reins du fœtus [1].

Dans ce fait, rapporté par le docteur Chevaudie, fait heureusement très-rare, le volume des reins mit un obstacle sérieux à l'accouchement. Chaque rein pesait 1,000 grammes ; on fut obligé de faire la version pelvienne et d'éventrer l'enfant pour extraire les tumeurs, c'est alors seulement qu'on reconnut la cause de dystocie.

Ankylose du fœtus.

Le docteur Busch a observé ce fait peut-être unique dans la science. Le forceps avait dû être appliqué sur la tête d'un enfant, et à chaque traction, qui devait être énergique, car la résistance était vive, on entendait un craquement ; après l'extraction on constata que la dystocie et ce craquement étaient dus à l'ankylose des articulations du fœtus.

[1] *Union médicale*, 25 juillet 1857

Les indications à remplir en pareil cas peuvent être très-nettement tracées quand la cause de dystocie est reconnue ; mais voilà le difficile, et souvent l'accoucheur, ignorant la cause, exerce des tractions; une rupture de la poitrine et de l'abdomen a lieu, et seulement alors l'issue des gaz révèle cette cause.

Si la cause a pu être appréciée, ou, en tout cas, quand la résistance à vaincre est trop grande, l'accoucheur doit perforer la poitrine, puis l'abdomen, si cela est nécessaire. Les ciseaux de Smellie doivent être bien préférés au crochet aigu. Cette perforation suffira dans la majorité des cas ; s'il en était autrement, le céphalotribe triompherait des difficultés, bien que le résultat qui vient d'être obtenu à l'aide de cet instrument, dans un cas de ce genre publié tout récemment, ne paraisse pas encourageant, la mère ayant succombé.

CHAPITRE VI.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES.

ARTICLE Ier.

DU FORCEPS.

Après avoir donné l'étude complète des divers accidents qui peuvent compliquer le travail de l'accouchement dans la présentation du sommet, après avoir exposé les procédés opératoires applicables à chaque cas en particulier, il me reste à décrire les opérations que l'on pratique dans la plupart de ces cas, et à donner la description des instruments nécessaires à la pratique de ces opérations.

Le forceps est un instrument composé de deux branches, qui s'articulent à l'aide d'un pivot et d'une mortaise, pour constituer une pince à l'aide de laquelle on extrait la tête du fœtus hors des organes maternels.

Quelques auteurs ont conseillé aussi de l'appliquer sur l'extrémité pelvienne ; mais il présente, dans ce cas, de grands inconvénients. Si le fœtus est vivant, la compression exercée par l'extrémité des cuillers sur les organes contenus dans l'abdomen compromet sûrement sa vie, et enfin, qu'il soit vivant ou mort, cet instrument n'a pas sur l'extrémité pelvienne une prise assez solide pour permettre d'extraire sûrement l'enfant, et, aux premières tractions, le forceps glissera souvent hors des organes maternels, après avoir lâ-

ché prise : aussi, dans le cas ou où l'appliquerait sur l'extrémité pelvienne d'un enfant mort, il faudrait ne faire que des tractions mesurées, dans la crainte du glissement.

Cet instrument fut imaginé par Chamberlen, accoucheur qui pratiquait à Londres vers le milieu du XVIIe siècle ; il était d'abord droit et ne pouvait s'appliquer que sur la tête descendue dans l'excavation. Depuis, Levret et Smellie lui ont fait subir des modifications importantes : la plus précieuse de toutes est celle qui permet de se servir de cet instrument quand la tête est située au détroit supérieurs.

Pour atteindre ce but, ces derniers auteurs ont imprimé aux bords du forceps une courbure qui le rend concave sur son bord supérieur, convexe sur son bord inférieur : cette courbure, ou concavité, doit commencer à partir du pivot. Ainsi disposé, cet instrument peut très-bien s'accommoder aux deux axes combinés du canal pelvien et aller saisir la tête jusque dans l'utérus, même au-dessus du détroit supérieur. Chacune des branches est composée d'une cuiller concave intérieurement, sur le plat tête fenêtrée et destinée à embrasser la tête ; d'un manche à l'aide duquel l'accoucheur introduit cette branche. Ces deux branches sont en tout semblables, excepté à leur partie moyenne, où elles s'articulent entre elles : l'une porte un pivot, l'autre porte une mortaise. Ce sont ces parties qui servent de moyens d'union, après que les branches ont été introduites.

Fig. 149.

L'extrémité du manche de chaque branche est recourbée en

[1] On lui a fait subir une foule d'autres modifications, je les passe sous silence, car elles sont pour la plupart complétement inutiles, et n'ont été enfantées que par le vain désir que presque tous les accoucheurs ont eu d'attacher leur nom à de prétendus perfectionnements.

Cette manie s'est à tel point répandue, qu'il n'est presque pas d'accoucheur de notre époque qui n'ait son forceps : l'un a fait donner un coup de lime aux manches, un autre a fait courber un des crochets plus que l'autre, celui-ci y a fait renfermer un crochet aigu, etc., etc. ; et, en somme, quant aux cuillers, qui sont les parties essentielles de l'instrument, depuis Antoine Dubois, qui a peu augmenté la concavité des bords du forceps de Baudelocque, elles sont toujours les mêmes.

Le forceps que j'ai représenté (*fig.* 149) est celui de Baudelocque modifié par Antoine Dubois, et dont les cuillers ont été raccourcies, suivant le conseil de M. Gerdy aîné.

forme de crochet, pour donner une prise solide aux mains de l'accoucheur. Cette disposition permet aussi de se servir de l'une des branches en manière de crochet mousse, pour aller saisir les hanches dans la présentation de l'extrémité pelvienne, quand elles sont inaccessibles au doigt de l'accoucheur.

Quelques forceps contiennnent, dans une olive (*fig.* 150, n° 1), vissée à l'extrémité de chaque manche, un perce-crâne (n° 2) d'un côté, un crochet aigu de l'autre (n° 3). Ces deux crochets, ainsi disposés, peuvent encore à la rigueur servir de crochets mousses ; mais cependant l'olive vissée est sujette à tourner en partie, quand elle est fixée sur les hanches : ce ne serait là que le moindre inconvénient. Un bien plus grave est celui-ci : après l'application de chaque cuiller, dans les cas difficiles, pour articuler les branches, il est quelquefois nécessaire d'imprimer à chaque manche et avec assez d'énergie un effort en sens inverse, et la mobilité de l'extrémité de l'instrument peut gêner la sûreté de ces mouvements.

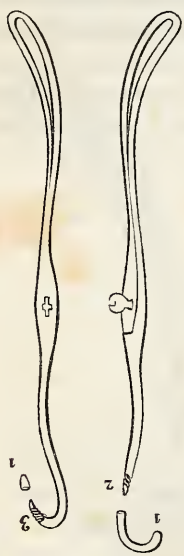


Fig. 150.

D'ailleurs, depuis l'invention du céphalotribe, le crochet aigu ne doit-il pas être relégué dans les musées et banni complétement de la pratique ? C'est un instrument meurtrier pour la mère, qui ne peut avoir sur les parties fœtales une prise solide, qui glisse aux premières tractions et laboure les organes maternels. Dans l'extraction du produit à l'aide du crochet aigu, l'opérateur n'est guidé par aucune règle : c'était une espèce de boucherie ; tandis que le céphalotribe, qui remplace tout à fait le crochet aigu dans tous les cas, est d'une application plus prompte, plus sûre et bien moins dangereuse.

Quant au perce-crâne, il peut seul être conservé pour économiser les ciseaux de Smellie. Je dois dire pourtant qu'il s'en faut de beaucoup qu'il soit d'un aussi bon usage, comme je l'établirai plus tard.

La branche qui porte le pivot a reçu le nom de *branche à pivot*, *branche mâle*, *branche gauche;* celle qui porte la mortaise, celui de *branche à mortaise, branche femelle*, *branche droite.*

On s'est élevé contre ces désignations de *branche gauche* et *droite*, alléguant qu'elles pouvaient permettre de confondre une branche avec l'autre. J'avoue qu'il ne me paraît pas possible de commettre cette erreur, quand on a bien établi par avance que la branche à

pivot porte le nom de *branche gauche*, parce qu'elle est toujours introduite à gauche du bassin, et que la branche à mortaise porte le nom de *droite*, parce qu'elle est placée constamment à droite du bassin, la concavité des bords de ces cuillers regardant en avant. On peut leur donner indifféremment un de ces trois noms ; cependant je me servirais plus volontiers des mots *branche à pivot, branche à mortaise*, afin d'éviter toute équivoque.

Il est bon de signaler aussi une modification, due à M. le docteur Tersitani. Cette modification, qui depuis longues années exerçait l'esprit des hommes de l'art, permet d'appliquer le forceps indistinctement, en commençant par une branche ou par l'autre, et quelle que soit la position de la tête, sans être assujetti au décroisement.

Pour arriver à ce résultat, la branche gauche porte un pivot double, de manière que la branche droite peut s'articuler avec elle, soit en dessus, soit en dessous, suivant les circonstances.

M. Dubreuilh fils a préconisé [1] une autre modification de M. Jouet, de Bordeaux, qui aurait, au moyen d'une articulation latérale, l'avantage d'éviter le mouvement d'élévation nécessaire pour faire passer le pivot sur la mortaise, mouvement que M. Dubreuilh redoute beaucoup, je ne sais pourquoi. Cette modification n'est autre que l'articulation latérale de Siebold, mais elle ne présente à mon sens qu'un seul avantage, c'est celui de dispenser l'accoucheur d'avoir une clef pour tourner le pivot et le détourner, clef qui peut s'égarer pendant l'opération. Mais je nie que le mouvement d'élévation qu'il faut faire exécuter à la branche à mortaise pour la faire passer sur celle à pivot, puisse présenter la moindre difficulté, le moindre danger, puisse déterminer la plus légère douleur ; jamais, depuis vingt ans, ni sous la main de mes maîtres, ni sous la mienne, je n'ai vu cette circonstance être l'objet du plus petit embarras, du plus petit danger, et je suis certain qu'aucun des nombreux praticiens de la ville avec lesquels je me trouve journellement dans la nécessité d'appliquer le forceps, souvent au détroit supérieur, n'a jugé que ce mode d'articulation à pivot et à mortaise présentât quelque chose de vicieux.

§ 1. — Règles générales.

a. Le forceps ne doit s'appliquer que sur la tête du fœtus, que la tête soit fléchie (sommet), qu'elle soit étendue (face), ou bien qu'elle soit restée dans les parties maternelles après l'extraction du tronc.

[1] *Union médicale*, 12 septembre 1850.

J'ai dit plus haut pourquoi on ne devait jamais l'appliquer sur l'extrémité pelvienne.

b. La tête ne doit pas être d'un volume tout à fait anormal et le bassin ne doit pas être trop rétréci, et surtout il ne doit pas être, dans ce cas, régulier dans sa déformation, car le forceps réduit peu le volume de la tête. Et surtout dans les vices de conformation, la compression exercée sur la tête ne porte presque jamais sur les diamètres de cette tête, qui sont en rapport avec les diamètres les plus rétrécis du bassin, mais sur ceux qui n'ont pas besoin d'être réduits. Le forceps n'agit dans ces cas que comme instrument de traction. Si donc les résistances qu'il a à vaincre étaient trop énergiques, on contondrait d'une manière violente les parties molles qui tapissent les os, on pourrait déterminer la rupture des ligaments et le relâchement des symphyses, compromettre ainsi la vie de la mère, et cela sans extraire le produit le plus ordinairement, ou en ayant le regret de n'extraire qu'un cadavre.

c. Avant tout, il faut constater la présentation de la tête et établir quelle est la nature de la position, si cela est possible, et par le toucheret par l'auscultation.

d. Il faut, autant que possible, que les cuillers soient appliquées sur les côtés de la tête, de manière qu'elle soit prise par son diamètre bi-pariétal. La suite de cet article montrera que ce précepte souffre de si nombreuses exceptions qu'on peut dire que l'exception devient presque la règle. Par conséquent, et cela sans aucune exception, la concavité des bords devra regarder la partie de la tête qu'on veut amener et dégager sous les pubis.

e. Cette concavité des bords doit aussi, au moment de l'introduction des branches, regarder la moitié antérieure du bassin soit directement, soit à gauche, soit à droite, mais jamais la moitié postérieure (règle invariable). Au moment du dégagement, elle doit regarder le dessous de la symphyse des pubis directement. Je signalerai, par suite, quelques exceptions à cette règle. Dans ce cas aussi jamais elle ne doit regarder la moitié postérieure du bassin (règle invariable).

f. La branche à pivot devra toujours être placée à gauche du bassin et tenue de la main gauche, sauf une seule exception, quand la tête est au détroit supérieur, et qu'on se sert du procédé Félix Hatin; le choix de la main est alors facultatif. La branche à mortaise devra toujours être placée à droite du bassin, et tenue de la main droite, sauf l'exception dont je viens de parler. Ces règles à l'occasion du choix de la main sont invariables quand la tête est engagée dans l'excavation, elles doivent encore être suivies quand la tête n'est

qu'engagée dans le détroit supérieur, et que l'extrémité des doigts peut pénétrer dans le col de l'utérus pour y bien guider les branches, mais elles peuvent très-avantageusement être modifiées pour la sûreté de l'introduction des branches, quand la tête est placée au-dessus du détroit supérieur : je reviendrai sur ce sujet en temps utile (procédé Félix Hatin).

g. La main opposée à celle qui tient le manche de l'instrument doit toujours être introduite, excepté le pouce, dans les parties maternelles, pour diriger convenablement la cuiller et protéger la paroi vaginale contre le contact de l'instrument, quand la tête est dans l'excavation. La main doit pénétrer entièrement dans le vagin, et son extrémité doit arriver jusque dans l'utérus, quand la tête est au-dessus du détroit supérieur (procédé Félix Hatin).

Quelle que soit la situation de la tête et son élévation, cette précaution doit être prise; elle est de la dernière importance. Deux ou trois doigts peuvent suffire, à la rigueur, pour diriger les cuillers sur les côtés de la tête qui est arrivée dans l'excavation, après avoir franchi le col utérin. Mais quand elle est encore comprise en partie dans le col, quoiqu'elle soit arrivée dans l'excavation, et surtout si elle est encore au détroit supérieur, je le répète, il est important de bien guider les branches dans l'orifice utérin, à l'aide de la main, dont on a au préalable engagé l'extrémité des doigts entre l'orifice et la tête, et de la main tout entière quand la tête est au-dessus du détroit supérieur. Au moyen de cette précaution, la cuiller, glissant sur la face palmaire de la main, pénétrera dans la cavité utérine et n'ira pas, en dehors du col, se fourvoyer dans le cul-de-sac du vagin qu'elle pourrait perforer, si l'instrument était poussé avec force, ce qui n'est jamais nécessaire pour l'introduction. Les règles particulières feront ressortir l'importance de ces préceptes.

h. La seconde branche est toujours introduite au-dessus de la première appliquée; la présence du périnée, sa résistance, empêchent qu'il n'en soit autrement dans la plupart des cas.

i. Quelle branche du forceps faut-il introduire la première? On peut indifféremment commencer par l'une ou par l'autre; si l'on place en premier la branche à mortaise et la branche à pivot la seconde, le pivot se trouve sur la mortaise; pour articuler et faire passer le pivot sous la mortaise, on est obligé de décroiser les branches, en écartant les manches l'un de l'autre. Ce décroisement n'a aucun inconvénient quand la tête a complétement franchi l'orifice; mais il est préférable de commencer par la branche à pivot, pour éviter au jeune praticien ce petit embarras, et pour lui épargner toute hésitation dans le choix de la branche à appliquer la première. Si

la tête est au détroit supérieur, ce décroisement aurait l'inconvénient de distendre le col utérin; mais on évitera à coup sûr ce décroisement au détroit supérieur, car on peut toujours commencer, dans ce cas, par la branche à pivot, l'application ne pouvant jamais se faire régulièrement quand la tête est aussi élevée, et la régularité que l'on recherche dans l'application pouvant seule mettre l'accoucheur dans le cas de décroiser.

Toutes les fois qu'avec le forceps ordinaire les branches seront placées sur les côtés du bassin, aux deux extrémités du diamètre transverse, rien ne s'opposera à ce qu'on suive ce précepte de commencer par la branche à pivot. Mais dans les situations diagonales, lorsque la tête est dans l'excavation, si l'on peut prendre la tête régulièrement par son diamètre bi-pariétal, il faut qu'une branche soit en avant et de côté, et l'autre en arrière et de côté (*fig.* 151). Si donc on commence par la branche à pivot, et que cette branche doive se

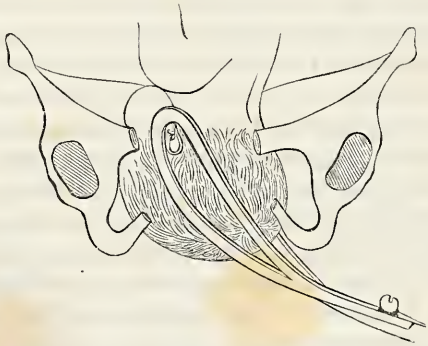


Fig. 151 [1].

trouver en arrière sur une des symphyses sacro-iliaques, elle sera facile à appliquer, mais elle occupera de la place dans le bassin, serrera la tête sous les pubis, et rendra l'introduction de la seconde branche bien plus difficile, quelquefois même impossible. Et alors,

[1] Dans cette figure, et dans toutes celles qui, vues de face, représentent l'application du forceps, la tête étant engagée dans l'excavation, le forceps est placé trop perpendiculairement, mais il est impossible de le représenter dans une direction plus horizontale, sans produire un raccourci aussi difficile à exprimer qu'à comprendre, et qui souvent ne donnerait qu'une représentation très-inexacte du fait que j'ai voulu exprimer. Les figures, vues de profil, peuvent seules donner une idée exacte de la direction du forceps. J'en excepte cependant celles vues de face, où le forceps est représenté renversé sur l'abdomen de la femme, au moment où la tête se dégage, elles sont d'une exactitude rigoureuse ainsi que celles qui reproduisent l'application du forceps au détroit supérieur.

après quelques tentatives pour placer cette branche à mortaise, on pourra se voir forcé de retirer la branche à pivot pour se réserver plus d'espace pour le placement de celle à mortaise. Le décroisement sera la conséquence nécessaire de cette application, puisque la branche à pivot, appliquée la seconde, se trouvera sur la branche à mortaise, à moins cependant qu'elle n'ait pu être poussée en dehors, ce qui est souvent possible. Si le périnée est très-extensible, ou rompu par des accouchements précédents, par ce procédé on n'aurait pas de décroisement.

C'est dans la vue de rendre plus facile l'application de la branche qui doit être en avant, que madame Lachapelle a donné le conseil de la placer toujours la première, parce qu'elle est la plus difficile [1], comme on le verra quand je décrirai les procédés propres à chaque application; on est rarement obligé de se conformer au précepte excellent de madame Lachapelle : on peut presque toujours commencer par la branche à pivot, et éviter ainsi le décroisement, bien qu'il n'ait aucun inconvénient au détroit inférieur, et qu'on ne puisse jamais le rencontrer au détroit supérieur, puisqu'on peut toujours, dans ce dernier cas, comme je viens de le dire, commencer par la branche à pivot. Au reste, on verra aussi qu'il n'existe qu'un seul cas (la position occipito-iliaque gauche antérieure) où les procédés que je conseille varient avec ceux mis en usage par la célèbre sage-femme; dont le nom a été depuis si malheureusement usurpé. Bien plus, en consultant la *Pratique des accouchements* de madame Lachapelle, on verra qu'elle s'écartait très-souvent du précepte qu'elle trace.

En résumé, on peut commencer par l'une ou l'autre branche; mais il vaut mieux commencer par la branche à pivot, qui le plus ordinairement se placera avec facilité. Si l'application de la branche à pivot, introduite la première, gênait l'introduction de la branche à mortaise, on la retirerait pour faire place à la branche à mortaise, et l'on décroiserait, à moins que le périnée ne permît de placer la branche à pivot sous celle à mortaise.

Cette méthode est généralement adoptée par presque tous les accoucheurs; elle est tellement aussi dans les habitudes de M. P. Du-

[1] Je ne puis comprendre comment on a pu donner pour précepte de placer la première, la branche qui doit être en arrière du bassin : évidemment ce n'est pas parce qu'elle est la plus difficile, tout le monde sait que c'est la plus facile à appliquer; et cependant la difficulté devrait être la seule raison qui dût engager à commencer par elle. Pourquoi donc alors? Je l'ignore. Le précepte de madame Lachapelle, bien qu'il ne soit plus que bien rarement nécessaire, est bien plus rationnel, et se comprend parfaitement.

bois, que lorsqu'à la Clinique, dans les applications du forceps, on lui présente les branches, c'est toujours par la branche à pivot qu'on commence, sans lui demander quelle est celle qu'il veut introduire la première et c'est toujours celle-ci qu'il tâche de placer en premier lieu.

j. Vers quel point du bassin faut-il diriger les branches ? Faut-il les pousser directement dans le lieu qu'elles doivent occuper définitivement, ou bien les diriger d'abord en arrière du bassin, pour les ramener ensuite à la situation qu'elles doivent occuper en dernier lieu à l'aide de la main introduite dans les organes, et d'un mouvement de bascule imprimé au manche de l'instrument ?

Comme on le verra par la suite, on est quelquefois obligé de recourir à ce dernier procédé ; mais le plus ordinairement on pourra, dans les applications diagonales ou transversales, glisser de prime abord, dans le lieu qu'elle doit occuper, la branche qui doit être placée en avant : cela dépend des dispositions particulières de la tête et du bassin qu'il n'est pas possible de prévoir d'avance.

La sagacité de l'accoucheur ou l'insuccès dans l'emploi du premier procédé peuvent régler la conduite de l'opérateur, mais, comme on le sait, les exceptions ne détruisent pas la règle.

k. Jamais les branches ne doivent être poussées avec *force;* elles doivent, pourainsi dire, se placer d'elles-mêmes.

Quand on se conforme à ce précepte, souvent les branches se trouvent appliquées sans que la femme ait ressenti la plus légère douleur ; je constate ce fait chaque jour au détroit inférieur.

l. L'orifice de l'utérus doit être dilatable.

m. Il faut articuler avec lenteur et ménagement pour ne pas contondre l'orifice ; dans le cas de décroisement, avant d'articuler on écartera les branches l'une de l'autre aussi peu que possible, toujours pour ménager le col utérin.

n. Une fois l'articulation faite, il faut s'assurer que la tête est bien saisie, et que quelques parties maternelles ne sont pas comprises entre la tête et le forceps, ce qui ne peut avoir lieu si les doigts ont bien guidé chaque cuiller. La tête est bien prise quand, en exerçant sur elle une légère traction, on sent qu'elle fait, pour ainsi dire, corps avec le forceps, qu'elle est solidement saisie. Pour s'assurer que les parties de la mère n'ont pas été pincées par l'instrument, il suffit d'exercer, après avoir articulé, une certaine pression sur l'extrémité des branches, en rapprochant les manches l'un de l'autre. Si cette pression ne détermine pas de douleur, l'opération peut être continuée; dans le cas contraire, il faut désarticuler le forceps, sans le retirer, et tâcher de dégager avec le doigt la partie qui a été saisie.

o. On conseille, en général, pour s'assurer que chaque branche est bien appliquée, de faire pénétrer chaque branche avec douceur un peu plus avant dans les parties avant de les articuler. Si la branche rencontre un obstacle, c'est qu'elle est mal appliquée : il faut la retirer pour la placer plus convenablement ; si elle ne rencontre pas d'obstacle, et qu'en la retirant un peu directement elle éprouve une résistance, c'est qu'elle a bien embrassé la tête.

Ce précepte, excellent en lui-même quand la tête n'a pas franchi l'orifice, et surtout quand elle est fort élevée, mais qui n'est d'aucune utilité quand on se sert du procédé F. Hatin, n'est pas applicable sans restriction au cas où la tête a complétement franchi l'orifice, et où l'orifice est remonté sur les épaules de l'enfant. Le donner d'une manière absolue, c'est faire tomber les jeunes accoucheurs dans une grave erreur, et leur faire croire à des difficultés qui n'existent pas.

En effet, quand la tête est arrivée dans l'excavation, quand elle a tout à fait franchi l'orifice utérin, dans les positions secondaires antéro-postérieures, l'occiput ou le front répondant au derrière des pubis, le forceps est appliqué directement suivant l'axe du détroit inférieur seulement (*fig.* 152, n° 1); et alors l'extrémité des

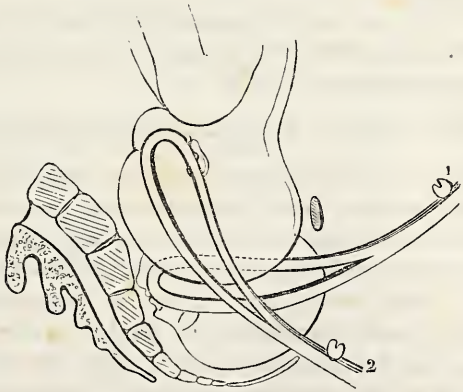


Fig. 152.

cuillers doit toujours aller butter contre la paroi postérieure de l'excavation ; dans ce cas même, on pourrait se servir d'un forceps droit. Si donc on conclut de ce que la branche rencontre un obstacle, qu'elle est mal appliquée, on la retire pour la mieux placer ; mais elle rencontrera toujours le même obstacle, quoi qu'on puisse faire, parce que la branche, pour être bien appliquée dans ce cas, ne peut pas être dirigée autrement.

Dans les positions diagonales, l'extrémité de la branche qui est située en avant pénètre dans l'utérus, parce que la paroi antérieure du bassin est bien moins étendue que la paroi postérieure ; la branche qui est située en arrière, par la raison inverse, pénétrera bien moins encore dans l'utérus, que dans les situations antéro-postérieures. Le précepte ne sera donc applicable dans ce cas qu'à la branche qui sera en avant, non à celle qui sera en arrière, puisque cette dernière rencontrera toujours la paroi postérieure de l'excavation.

Mais, dans le cas où la tête n'a pas franchi complétement l'orifice utérin, et quand elle est au-dessus du détroit supérieur, ce précepte reçoit une utile application. En effet, le forceps doit s'accommoder alors à la direction des deux axes combinés du bassin, en repoussant le périnée en arrière (*fig.* 152, n° 2) et de toute nécessité les branches devront pénétrer dans l'utérus. Mais l'introduction de la main entière, en permettant de placer les branches avec toute la sûreté désirable, dispensera de cette répulsion.

Les tractions doivent être faites pendant la douleur autant que possible et toujours suivant la direction des axes du bassin, afin que les contractions puissent seconder les efforts de l'accoucheur (*fig.* 152, n°s 1 et 2).

Toutes ces règles générales seront plus facilement comprises et retenues, quand elles auront été développées dans les règles particulières à chaque position de la tête.

§ 2. — Situation à donner à la femme et précautions préliminaires.

Dès qu'on aura résolu l'opération la femme sera placée convenablement. Cette position varie suivant les cas. On place la femme en travers sur son lit, dont un des bords doit être appuyé contre la muraille. Plusieurs oreillers ou coussins sont entassés entre son dos et la muraille ; une planche, un registre, un coussin résistant est introduit sous le matelas supérieur, au point où le siége devra reposer. De plus, il est bon de placer sous le siége, afin qu'il s'enfonce le moins possible dans le matelas, un drap plié en plusieurs doubles, puis on engage encore sous le siége l'extrémité d'un drap plié en long, qui pend jusqu'à terre, et qui servira à recevoir les liquides qui s'échapperont des organes. La commissure antérieure du périnée doit répondre exactement au bord du lit, et même si l'on prévoit quelques difficultés, le siége doit dépasser un peu le bord du matelas. Les membres inférieurs sont fléchis et recouverts chacun d'un petit drap, les talons sont appuyés et maintenus sur les genoux de deux aides assis de chaque côté de la femme, mais assez

éloignés l'un de l'autre pour ne pas gêner l'opérateur. Un autre aide est placé auprès de la patiente pour l'encourager et lui prodiguer les soins nécessaires. Si l'on redoutait son indocilité, un autre aide maintiendrait le bassin pour empêcher la femme de se livrer à des mouvements qui pourraient compromettre l'opération. Cette situation est indispensable dans la plupart des cas, elle est d'autant plus nécessaire, que la tête est plus élevée. Dans le cas cependant où la tête ne serait retenue qu'au détroit inférieur, l'application, en général très-facile, étant faite seulement suivant l'axe du détroit inférieur, on pourra éviter à la femme tout ce que ces préparatifs ont d'effrayant : il suffira de la tirer à l'extrémité du lit de travail sur lequel elle est couchée pendant que les aides ramènent les oreillers sous son dos et sous sa tête. Mais si vous vous servez d'un lit de sangle il ne faut pas oublier de placer une chaise renversée ou tout autre support sous le pied de ce lit pour l'empêcher de basculer. De cette manière, les pieds de la femme reposent sur le lit même et n'ont pas besoin d'être soutenus.

En Angleterre, la femme se couche sur le côté comme pour l'accouchement spontané.

Un aide sera chargé de présenter les branches à l'opérateur, et mieux encore les branches chauffées et graissées seront placées sur un drap, au pied du lit, à portée de l'opérateur.

Enfin, on dispose tout ce qui peut être nécessaire à la mère pendant l'opération, et à l'enfant après l'extraction : du vinaigre, des sels, de l'eau froide, de l'eau chaude, une plume garnie de ses barbes, etc. (Voyez *Accouchement spontané,* p. 327.)

Quelques serviettes, un corps gras quelconque, des ciseaux, des fils pour la ligature du cordon, devront aussi être placés sous la main de l'opérateur.

Toutes ces précautions prises, les rôles bien distribués, on procède à l'opération.

On trouve dans presque tous les ouvrages un précepte auquel il n'est pas toujours bon de se conformer. Il consiste à montrer à la femme l'instrument avant de l'appliquer, et à lui en expliquer l'ingénieux mécanisme. J'avoue que j'ai toujours vu M. P. Dubois suivre une marche inverse, et que je m'abstiens scrupuleusement de mettre ce précepte en pratique. Je le crois, en effet, beaucoup plus propre à effrayer la femme qu'à la tranquilliser, à moins qu'on ne lui connaisse une force morale peu commune. La vue de l'instrument seule glace de crainte la plupart des femmes, elles se révoltent contre son application, et ne paraissent pas du tout pénétrées des perfections d'un instrument destiné à s'appliquer sur elles. On en a vu

même qui, à son aspect, sont tombées en syncope et dans des accès convulsifs.

La conduite que l'expérience m'a appris être la plus raisonnable est celle-ci : dissimuler à la femme ce que l'on doit faire, lui dire que la main seule doit probablement suffire; que, dans le cas contraire, on se servira d'un instrument d'une innocuité parfaite; cacher l'instrument à ses regards, et éviter d'en trahir la présence par le bruit qui résulterait de l'entre-choquement des branches. C'est pour cela que je conseille de placer le forceps sur un drap plié en huit ou sur un tapis que l'on a disposé à l'avance par terre au bas du lit.

Cependant, nul doute, comme le dit madame Lachapelle, que cette démonstration ne puisse tranquilliser une femme qui est douée d'une grande énergie morale. Ce sera à l'accoucheur à apprécier, d'après le caractère connu de la malade, la conduite qu'il devra tenir; mais il est impossible de faire de ce précepte une règle générale.

Les cuillers, avant d'être placées sur le drap, devront être convenablement chauffées en les plongeant dans l'eau chaude ; mais il faudra, à l'aide du dos de la main, s'assurer que leur température n'est pas trop élevée, puis on les graissera avec un corps gras quelconque.

§ 3. — Cas où le forceps doit être appliqué.

Dans l'énumération que j'ai donnée des divers accidents qui peuvent compliquer le travail, on a pu voir, en résumé, que les circonstances qui nécessitent l'emploi du forceps sont les suivantes :

Disproportion[1] entre les dimensions de la tête et celles du bassin, qne cette disproportion tienne au volume de la tête ou à un rétrécissement du bassin.

Accidents de nature à compromettre la vie de la mère ou celle de l'enfant, lorsque la version n'est plus possible.

Présentations inclinées et irrégulières du sommet, qui ne se sont pas corrigées spontanément ou que la main n'a pu réduire.

Enfin, anomalies dans le mouvement de rotation de la tête, inertie de l'utérus, résistance des parties génitales externes, soit que la tête se présente la première ou après l'issue du tronc.

Cet instrument peut, de plus, être appliqué sur la tête placée au détroit supérieur, engagée dans l'excavation, ou arrêtée au détroit inférieur, et dans toutes les positions que la tête peut affecter. Cette application étant d'autant plus facile que la tête est plus engagée, je commencerai par l'application au détroit inférieur, la tête ayant

[1] Mais non pas volume *excessif* de la tête, comme cela a été dit.

exécuté son mouvement de rotation, et ainsi de suite en remontant jusqu'au détroit supérieur; par ce moyen, je procéderai du simple au composé.

§ 4. — Application du forceps dans la présentation du sommet, la tête étant arrivée au détroit inférieur.

Lorsque la tête a pénétré dans l'excavation, elle peut se trouver en rapport avec tous les points du contour de cette excavation. Comme, dans chacune de ces positions, les règles particulières de l'application du forceps varient, j'envisagerai successivement cette application dans les huit positions principales : *occipito-pubienne, occipito-sacrée, occipito-iliaque gauche antérieure, occipito-iliaque droite postérieure, occipito-iliaque droite antérieure, occipito-iliaque gauche postérieure ;* enfin, *occipito-iliaque gauche et droite transversales.*

Avant toute application de forceps faite dans l'excavation il faut s'assurer que la tête a bien franchi l'orifice de l'utérus, et qu'elle n'est pas arrivée dans l'excavation coiffée en partie ou entièrement du segment inférieur de cet organe. Ce précepte est de la dernière importance, et cependant il a été omis par certains auteurs, et ceux qui en ont parlé ne l'ont pas formulé aussi nettement qu'il doit l'être. Souvent, en effet, dès le début du travail, la tête pousse au-devant d'elle le segment inférieur de l'utérus aminci et dont l'orifice n'est pas dilaté : elle moule ce segment sur elle-même, et si l'on n'est pas prévenu de la possibilité de cet accident, on peut d'autant plus facilement croire que la tête est nue, que le peu d'épaisseur de la paroi inférieure de l'utérus qui favorise sa propulsion, son abaissement, permet aussi de sentir très-bien sa résistance osseuse, souvent même les sutures et les fontanelles.

Si c'est dans cet instant que l'accoucheur arrive auprès de la femme qui réclame ses soins, par suite de l'abaissement de la tête qu'il croira nue, il pensera que le travail est beaucoup plus avancé qu'il ne l'est en réalité, et alors le séjour de la tête dans l'excavation, jusqu'à ce que la dilatation soit complète, lui fera croire à une prolongation du travail déterminée par la résistance du périnée, et par suite, à la nécessité d'appliquer le forceps. Jugez alors des désordres qu'il commettra s'il saisit la tête et le segment inférieur de l'utérus tout ensemble. Il suffira d'être prévenu de la possibilité de cet accident, pour l'éviter facilement. En promenant les doigts sur cette tumeur, on reconnaîtra bien aisément si la tête est nue ou coiffée : on trouvera l'orifice aminci, aplati; le doigt pourra s'y engager, et alors on attendra la dilatation complète pour agir. Mais alors, cette

dilatation effectuée, l'intervention deviendra inutile, la tête franchira seule le détroit inférieur.

Enfin, la tête peut avoir franchi en partie l'orifice et en être couronnée. Dans ce cas, cet orifice est aussi très-aminci : il faut avoir soin de s'assurer de ce fait, afin de bien guider les branches dans le col utérin, et de ne pas les fourvoyer dans le cul-de-sac du vagin.

En un mot, avant toute application de forceps dans l'excavation, il faut s'assurer de l'état de l'orifice et de sa situation. Si on l'atteint facilement, y engager l'extrémité des doigts, pour diriger avec soin les branches dans cet orifice; puis, en même temps, raser le cuir chevelu avec l'extrémité de la cuiller. Si cette extrémité de la cuiller s'engageait dans un repli du cuir chevelu, on surmonterait l'obstacle en écartant légèrement la branche, et l'on continuerait à l'introduire. Si l'on n'atteint pas l'orifice, il faudra s'assurer que la tête est bien nue, et qu'elle n'a pas repoussé au-devant d'elle le segment inférieur de l'utérus aminci et non dilaté, et alors introduire la main aussi profondément que possible, jusqu'à ce que l'extrémité des doigts puisse pénétrer dans le col utérin.

Manuel opératoire dans la position occipito-pubienne secondaire.

Il sera facile de constater avec le doigt la situation de la tête : la fontanelle postérieure occupe le centre de la vulve ; la suture sagittale se dirige de haut en bas et d'avant en arrière ; l'occiput est, par conséquent, sous les pubis, le front dans la concavité du sacrum, les deux côtés de la tête répondent aux côtés du bassin.

La tête est retenue aux parties génitales, soit par suite de l'inertie utérine, ou par un léger rétrécissement du détroit inférieur (rare), par la résistance des parties génitales. Cette circonstance est, de toutes, la plus fréquente, ou bien un accident qui est de nature à compromettre la vie de la mère ou celle de l'enfant oblige à intervenir.

Pour que la tête soit prise par son diamètre bi-pariétal, les deux branches devront être placées sur les côtés du bassin, aux deux extrémités du diamètre transverse. Comme elles occupent une situation analogue, l'une à gauche, l'autre à droite, il serait indifférent de commencer par l'une ou par l'autre : elles seront aussi faciles à appliquer l'une que l'autre ; mais, pour éviter le décroisement, et surtout pour donner une règle générale, puisque cela est possible, il faut commencer par celle à pivot (gauche).

L'opérateur se place un genou en terre, puis il graisse la surface dorsale et palmaire de la main droite, et l'introduit tout entière,

excepté le pouce, dans les organes maternels, en arrière dans la concavité du sacrum et dans la direction du ligament sacro-sciatique gauche ; à l'aide de cette main, il constate de nouveau la si-

Fig. 153.

uation de la tête et celle de l'orifice utérin, et si cet orifice a accompagné la tête plus ou moins bas, ce qui est rare, quand elle est retenue aux parties génitales, il a soin d'y engager l'extrémité des doigts. Pour y conduire l'extrémité de la cuiller, il saisit la branche à pivot (gauche) de la main gauche, à poigne-main, ou comme une plume à écrire ; puis la couchant obliquement sur l'aine droite de la femme, sans la toucher cependant, il la fait pénétrer dans la vulve suivant l'axe de cet orifice, en la faisant glisser sur la face palmaire de la main droite introduite, et en appuyant l'extrémité de la cuiller sur la tête du fœtus ; à mesure que la branche s'introduit, il abaisse peu à peu le manche de l'instrument entre les cuisses de la femme, en le rapprochant de la ligne médiane, en même temps qu'à l'aide de la main introduite, il fait exécuter à l'extrémité de la cuiller un petit mouvement d'arc de cercle qui la place sur le côté du bassin où elle doit rester définitivement.

Cette branche ainsi placée est confiée à un aide qui la maintient dans sa situation avec une main passée sous la cuisse de la femme, et disposée de telle sorte qu'elle ne puisse gêner l'opérateur.

Il faut de plus recommander à l'aide de ne pas rapprocher de la

cuisse gauche le manche de la branche introduite, car alors cette branche ferait l'office d'un levier qui, chassant fortement la tête à droite, empêcherait le placement de la seconde branche, qui doit être dirigée à droite.

Avant de procéder à l'application de la seconde branche à mor-

Fig. 154.

taise (droite), l'opérateur graisse convenablement la main gauche qui doit pénétrer dans les organes, et n'oublie pas d'essuyer avec soin sur son tablier la main droite qui a servi à graisser la gauche et qui doit tenir le manche, pour éviter qu'il ne glisse entre les doigts.

La main gauche, introduite dans le vagin, va servir de conducteur à la branche à mortaise (droite) qui est tenue de la main droite et introduite comme la précédente, en arrière et à droite d'abord, puis ramenée sur le côté à l'aide de la main gauche introduite, qui élève la cuiller pendant que la main droite abaisse le manche.

Il arrive souvent, que pour conduire la deuxième branche, on ne peut introduire que quelques doigts de la main gauche, ce qui rend le placement de cette branche moins sûr. L'accoucheur doit alors redoubler d'attention et raser le plus exactement possible le cuir chevelu avec l'extrémité de la cuiller. Cette branche à mortaise (droite) placée, l'accoucheur se lève et se tient debout, puis il

saisit les branches avec les mains qui leur correspondent (main gauche pour la branche à pivot, main droite pour celle à mortaise), les place bien parallèles, rapproche le pivot, et l'engage dans la mortaise.

Lorsque les deux branches sont à la même hauteur et exactement parallèles, et que la branche à mortaise est placée sur la branche à pivot, l'articulation est alors très-facile ; une fois que le pivot est entré dans la mortaise, un aide le tourne, et la jonction des deux branches est solide.

Dans le cas où les deux branches ne se correspondraient pas exactement, ce qui est rare dans une application aussi simple, l'accoucheur ferait exécuter aux manches de chaque cuiller, avant de chercher à les articuler, un mouvement en sens inverse pour mettre le pivot bien en rapport avec la mortaise.

L'accoucheur saisit alors le forceps, la main gauche en dessus et près de l'articulation, la main droite en dessous à l'extrémité des crochets, le pouce à droite de la femme (*fig.* 155); puis, à l'aide de

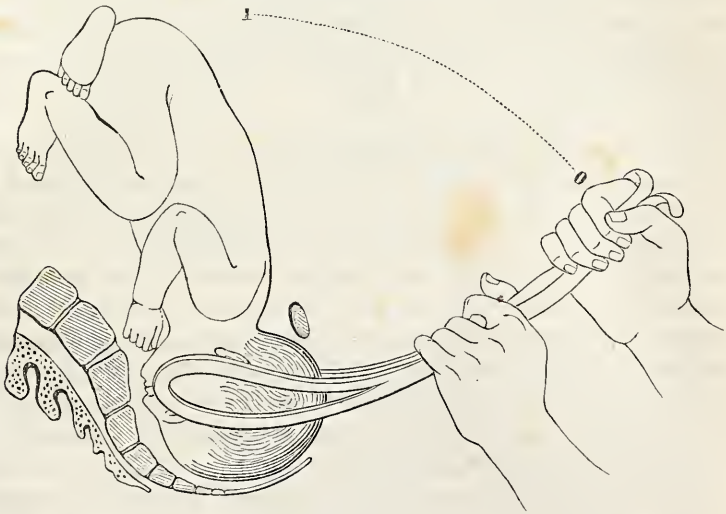


Fig. 155.

petits mouvements de latéralité combinés d'un mouvemeut de traction directe, en suivant l'axe du détroit inférieur, il exerce sur la tête de légères tractions de bas en haut, en relevant le manche de l'instrument vers les pubis de O en I, à mesure que la tête s'engage dans le détroit inférieur. Ces tractions doivent être faites pendant les contractions, s'il en existe ; il faut aussi engager la femme à

pousser un peu pour aider l'extraction de la tête. Au moment où l'on commence à exercer ces premières tractions on sent souvent une résistance assez vive, qui se trouve tout à coup vaincue : cela a lieu dans le cas où l'orifice utérin était rétracté sur le couronnement de la tête ; c'est cette résistance qui se trouve surmontée par le forceps et qui avait nécessité son application. Cette cause de retard dans l'expulsion de la tête est assez fréquente. Mais quand le périnée commence à se distendre, à bomber, non-seulement il faut faire soutenir le périnée, mais recommander à la femme de ne plus pousser et cesser soi-même toute traction ; bien plus, si les contractions sont énergiques, et si la femme éprouve un besoin impérieux de pousser, il faut alors que le forceps change de rôle, il doit retenir la tête et non plus l'extraire.

Sans ces précautions indispensables, la tête pourrait être expulsée trop rapidement et les parties génitales en être plus ou moins compromises.

Il faut simuler, dans cette opération, ce qui se passe dans l'accouchement spontané, où la tête ne franchit l'orifice vulvaire qu'après s'y être présentée un grand nombre de fois, qu'après l'avoir dilaté graduellement. Cette sage prévoyance de la nature doit servir de guide à l'opérateur dans tous les cas, mais surtout quand la femme est primipare.

Aussi, après ce premier temps de repos, l'accoucheur exercera de nouveau quelques tractions, ou permettra aux contractions de faire progresser un peu la tête ; puis il la retiendra encore, en recommandant à la femme de ne pas faire d'effort, et en faisant soutenir le périnée. Enfin, après quatre ou cinq temps de repos semblables à celui-ci, pendant lesquels les parties s'habituent petit à petit à la présence de la tête, qui les dilate peu à peu, l'opérateur termine l'extraction avec une extrême lenteur. Pour cela, il relève le manche du forceps sur l'abdomen de la femme, sans appuyer sur ses parties : c'est dans ce moment que le périnée doit surtout être exactement soutenu par un aide.

Si l'on n'en avait pas à sa disposition d'assez intelligent, l'accoucheur se placerait à droite et tiendrait le forceps de la main gauche passée sur l'aine droite de la femme, et de la main droite passée sous la cuisse droite, il soutiendrait le périnée (*fig.* 156).

C'est seulement à l'aide de cette sage précaution, de cette lenteur excessive, et de cette réserve extrême, que les parties pourront être ménagées. Si l'on extrait trop brusquement, eût-on d'ailleurs le soin de soutenir le périnée, et même de faire une petite incision, il n'en serait pas moins compromis plus ou moins gravement ; les

fibres les plus externes du sphincter de l'anus, l'intestin même pourraient participer à cette déchirure, et l'on connaît, par ce que

Fig. 156.

j'en ai déjà dit, toutes les conséquences fâcheuses d'un pareil accident, infirmité qui rend la malheureuse qui en est affectée un objet de dégoût pour elle et pour les autres, qui peut mettre son existence physique en jeu, et compromet à coup sûr son existence morale. On ne saurait trop insister sur ces sages précautions pour éviter aux femmes ces accidents, et aux jeunes praticiens le regret de les avoir produits. Et cependant, dans aucun ouvrage, on ne formule ces conseils assez nettement; souvent même ces recommandations si importantes sont complétement négligées.

Tous les praticiens savent pourtant par eux-mêmes combien il leur était difficile, dans leurs premières applications de forceps, de résister à l'impatience qu'ils avaient de terminer rapidement; impatience augmentée par les cris, les prières de la malade, les instances, les persécutions des assistants. Ils doivent savoir alors com-

bien il est indispensable de prémunir les jeunes accoucheurs contre une semblable disposition.

Il faut bien dire aussi que, malgré toutes les précautions imaginables, des déchirures du périnée pourront avoir lieu. Certains périnées sont, en effet, si faibles, si peu extensibles, si friables, si je puis m'exprimer ainsi, qu'ils ne peuvent résister au passage de la tête même seule; et l'on peut, dans ce cas, d'autant moins prévoir l'accident, que le périnée ne paraît pas résistant. Chez une femme que M. P. Dubois fut obligé d'accoucher à l'aide du forceps, pour inertie utérine, le périnée présentait tous ces caractères; aussi fut-il compromis, dans une grande partie de son étendue, malgré les précautions et les soins les plus exacts [1].

Quelquefois aussi, le périnée est tellement résistant, que l'extraction nécessitée pour un cas d'inertie [2] ne peut s'effectuer sans le compromettre. Alors il est extrêmement sage, puisqu'il faut que le passage soit agrandi, de pratiquer une petite incision sur le côté droit ou gauche du périnée, plutôt que de le laisser se déchirer. En effet, sa rupture spontanée s'opère toujours sur la ligne médiane, et si elle s'étend très-loin dans cette direction, elle peut compromettre l'anus, tandis qu'une incision latérale peut se prolonger, s'agrandir sous l'influence du passage de la tête, sans compromettre aucune partie essentielle. C'est une pratique heureuse que j'ai complétement adoptée, dans les cas où le périnée me donne la plus légère inquiétude; l'incision se cicatrise rapidement et parfaitement sans laisser de traces; les ciseaux ordinaires doivent être préférés pour pratiquer cette incision [3].

Après que la tête est extraite, on la débarrasse de l'instrument en écartant les cuillers. S'il y a des contractions, l'expulsion des épaules ne se fait pas longtemps attendre; mais s'il y a inertie, il est indispensable d'exercer quelques tractions sur la tête et de favoriser son mouvement de rotation extérieure, en dirigeant l'occiput vers la cuisse gauche, si la position primitive était une occipito-iliaque gauche, vers la cuisse droite dans le cas contraire.

[1] Pareil accident m'est aussi arrivé, à la Clinique, sur la femme Destouches, dans un cas d'inertie utérine. C'est la première application que je fis dans cet hôpital; madame Callé, sage-femme en chef, présidait à cet accouchement, et malgré les utiles indications qu'elle voulut bien me donner, le dégagement fut fait trop rapidement. J'ajoute que je ne connaissais pas encore la méthode, si utile en pareil cas chez les primipares, de *la petite incision oblique du périnée*.

[2] Évidemment, s'il y avait des contractions utérines, il vaudrait mieux, dans ce cas, leur livrer l'expulsion.

[3] Voyez l'article de la *Gazette des hôpitaux* du 19 août 1851.

Si cette rotation était trop difficile à déterminer, ou si, malgré son accomplissement, les épaules résistaient aux légères tractions, l'occiput ayant été primitivement à gauche, il faudrait engager l'index de la main droite *sur* le creux de l'aisselle qui est situé à gauche de la femme, l'index de la main gauche *sous* le creux de l'aisselle qui est situé à droite, puis abaisser l'index droit pendant qu'on élève le gauche; par ce mouvement en sens inverse, on abaissera dans la concavité du sacrum, à l'aide de l'index droit, l'épaule qui est située à gauche du bassin, pendant que l'on remontera sous les pubis, à l'aide de l'index gauche, l'épaule qui était située à droite du bassin. On se hâtera d'autant plus, dans ce cas, d'extraire, que le travail aura été plus long, et que l'on aura quelques craintes pour la vie de l'enfant.

Manuel opératoire dans la position occipito-sacrée secondaire.

L'occiput, dans cette position, est en arrière dans la concavité du sacrum; le front est placé sous les pubis; les deux côtés de la tête répondent aux deux côtés du bassin.

L'occiput doit être laissé et dégagé en arrière; aussi l'application est-elle exactement la même que dans le cas précédent; le dégagement seul varie.

Dans cette position, au moment de l'expulsion spontanée, la tête est fortement fléchie : c'est l'occiput et le front qui se dégagent simultanément, le front sous les pubis, l'occiput à la commissure antérieure du périnée. Pour arriver à ce résultat, en dégageant la tête, l'accoucheur commence par élever le manche de l'instrument de O en I, en même temps qu'il exerce des tractions directes; et lorsque l'occiput est sur le point de franchir la commissure du périnée,

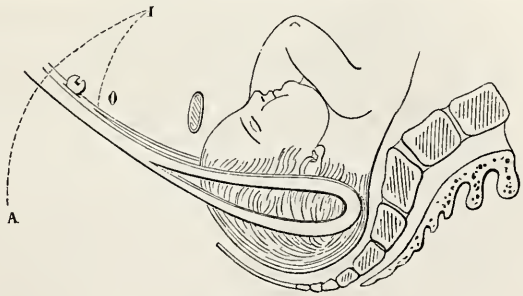


Fig. 157.

il cesse toute traction et abaisse l'instrument de I en A, pour dégager le front et la face de dessous la symphyse des pubis.

Bien entendu qu'il faudra redoubler de soins pour le périnée, qui risque encore plus d'être compromis dans ce cas que dans le précédent.

J'ai assez souvent observé cette position postérieure, et comme je l'ai dit, au chapitre de l'accouchement spontané, le plus ordinairement, quand il n'y a pas de disproportion entre le produit et le bassin, quand les contractions sont assez énergiques, la nature se suffit à elle-même.

Depuis quelque temps, il y a trois ans, et ces années mêmes, 1859 et 1860, j'ai été à même de constater l'insuffisance de la nature, et je me suis vu dans l'obligation d'appliquer le forceps, pour une position postérieure du sommet.

La première fois, ce fut pour une pauvre femme de Melun, rempailleuse de chaises, auprès de laquelle j'avais été appelé par MM. les docteurs Saint-Hyves et Fantin.

Le travail avait été long et très-pénible : quarante heures s'étaient écoulées dans des souffrances inouïes et sans résultat. Cependant, au moment où, aussitôt mon arrivée, je me disposais à appliquer le forceps, l'enfant fut expulsé par une contraction ultime; mais l'enfant avait cessé de vivre.

Le résultat fut tout autre chez les deux femmes suivantes.

Madame D., cliente de M. le docteur Contour, grande et belle personne, mais dont le bassin est légèrement rétréci, ne put accoucher une première fois (1er janvier 1857), dans la présentation du sommet, qu'au moyen d'une application faite au détroit supérieur, et après un travail assez prolongé pour prouver l'insuffisance de la nature. L'enfant fut extrait vivant, malgré les efforts considérables que j'avais été obligé d'exercer, et la mère n'eut pas un accès de fièvre; son rétablissement fut rapide et complet.

Une année après, jour pour jour (1858), l'enfant se présenta par le sommet en position occipito-postérieure droite.

Pendant les longues heures d'un travail aussi pénible que la première fois, une tumeur séro-sanguine considérable se forma sur le sommet, et rendit tout diagnostic ultérieur de la position impossible. Je crus, et j'étais légitimement en droit de le croire, que la position postérieure s'était réduite en antérieure, comme cela a lieu si souvent; le contraire avait eu lieu, et je ne constatai l'existence de la position occipito-postérieure directe qu'au moment du dégagement. L'application du forceps, qui ne fut faite qu'après vingt-quatre heures d'un travail désolant de douleur et d'angoisses, et tout à fait infructueux, fut très-facile; mais l'extraction fut si pénible, elle nécessita de ma part des efforts si considérables, que le pivot

du forceps, probablement disposé à céder, se rompit. J'avais heureusement achevé l'engagement de la tête, et mon petit forceps anglais vint terminer l'extraction. L'enfant était encore un garçon très-fort et bien vivant.

La demeure de madame D.... est très-éloignée de mon domicile, et si je n'avais eu qu'un forceps, j'aurais été obligé de laisser la pauvre mère dans le déplorable état où se trouve une femme, qui comptait sur une délivrance certaine, si chèrement achetée, et qui est obligée d'attendre qu'un autre instrument, qu'on ne peut se procurer qu'après un temps assez long, vienne recommencer son martyre. Qui sait aussi, si pendant cette prolongation du travail et après les efforts subis par la tête, l'enfant n'eût pas succombé?

Madame B... au printemps de cette année (1860), présenta à sa première couche exactement les mêmes symptômes, que dans l'observation qui précède; la position droite postérieure se convertit aussi en postérieure, mais ici je pus suivre cette rotation anormale; car le bassin étant bien conformé la tumeur séro-sanguine était presque nulle. Après l'engagement complet, la tête restant comme clouée dans la concavité du sacrum, les efforts d'expulsion, prolongés pendant plusieurs heures sans aucun effet, je dus appliquer le forceps, pour donner à la mère et à l'enfant les chances les plus favorables. C'était aussi un garçon très-fort et très-bien portant. La mère s'est parfaitement rétablie. Mais j'eus à regretter chez elle ce qui n'était pas arrivé chez la première, une déchirure incomplète du périnée, et cela malgré deux incisions latérales : que serait-il arrivé sans ces incisions [1]?

Manuel opératoire dans la position occipito-iliaque gauche antérieure (diagonale), cotyloïdienne gauche.

Dans cette position, l'occiput est à gauche et en avant, derrière la cavité cotyloïde; le front est placé sur la symphyse sacro-iliaque droite; le côté droit de la tête répond à la cavité cotyloïde droite; le côté gauche, à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Pour prendre la tête par son diamètre bi-pariétal, il faut qu'une branche soit placée en avant et à droite, l'autre en arrière et à gauche. Pour éviter toute erreur pour le placement des branches, l'accoucheur doit se demander quelle partie de la tête il doit ramener sous les pubis. Dans la présentation du sommet, c'est toujours la partie de la tête du fœtus qui répond en avant du bassin que l'on

[1] Voyez l'article de la *Gazette des hôpitaux*, 19 août 1851.

doit conduire sous les pubis : or, l'occiput occupe le derrière de la cavité cotyloïde gauche ; il est à gauche et en avant; ce sera donc lui qu'il faudra ramener. Pour cela, il faudra que la concavité des bords de l'instrument, une fois qu'il sera appliqué, soit tournée du côté que regarde l'occiput, la cavité cotyloïde gauche.

Mais avant d'introduire les branches, pour savoir bien exactement comment elles doivent être placées (quelle est celle qui doit être en avant, quelle est celle qui doit être en arrière), il faut présenter l'instrument tout articulé dans la situation qu'il devra affecter, quand l'application sera faite. Dans ce cas, la concavité des bords devra regarder à gauche et en avant. Puis, sans changer le forceps de direction, on désarticule l'instrument et l'on constate que la branche à pivot doit être placée en arrière du bassin et à gauche[1], et la branche à mortaise en avant et à droite.

Après l'introduction préliminaire de la main droite dans la concavité du périnée et un peu à gauche, l'accoucheur saisit la branche à pivot de la main gauche, l'introduit en la glissant sur la main droite et la laisse sur la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette branche ne doit pas être ramenée sur le côté du bassin, comme dans les cas précédents. A mesure que la branche pénètre, il en abaisse le manche avec lenteur et le confie à un aide, auquel il recommande de le maintenir dans cette situation exacte.

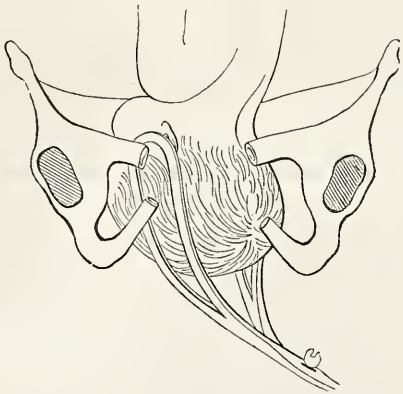


Fig. 158.

La branche à mortaise doit être placée en avant et à droite du bassin, derrière la cavité cotyloïde droite, où correspond le côté droit

[1] Je pourrais m'abstenir de répéter que la branche à pivot doit toujours être à gauche, la branche à mortaise toujours à droite, car c'est une règle invariable; mais je préfère me répéter afin d'être plus clair.

de la tête. Cette branche sera saisie de la main droite et dirigée sur la main gauche, préalablement introduite dans les parties, dans la direction de la symphyse sacro-iliaque droite. A mesure qu'elle pénétrera, la main gauche sur laquelle la cuiller est appliquée la ramènera, par un mouvement de spirale de bas en haut, à la situation dans laquelle elle doit rester définitivement, c'est-à-dire derrière la cavité cotyloïde droite. Pendant ce temps, la main droite, changeant peu à peu de situation et prenant la branche en dessus, abaisse le manche de l'instrument vers la cuisse gauche de la femme. La branche à mortaise ayant été appliquée, la seconde sur la branche à pivot, l'articulation est facile, il n'y a pas de décroisement. Il faut toujours faire cette articulation avec lenteur; une fois qu'elle est effectuée, on imprime lentement à l'instrument un mouvement de rotation de gauche à droite, afin de ramener en même temps sous les pubis l'occiput et la concavité des bords de l'instrument, et l'on dégage en occipito-pubienne.

Trois exceptions doivent être notées dans ce cas.

1° Il peut arriver qu'en introduisant la première la branche à pivot, qui est la plus facile à appliquer parce qu'elle est en arrière, on rende plus difficile le mouvement de spirale que la seconde branche doit exécuter pour se placer définitivement en avant et à droite (on sait que la branche qui doit être en avant est bien plus difficile à placer que celle qui est en arrière).

2° Il peut arriver aussi qu'on éprouve cette difficulté même en commençant par la branche qui doit être en avant. Dans ce cas on trouvera quelquefois plus de facilité à glisser cette branche directement dans le lieu qu'elle doit occuper définitivement. Si cette tentative est inutile, on se voit dans la nécessité de retirer la branche à pivot que l'on a placée la première en arrière et à gauche, afin de se réserver plus de place dans l'excavation pour placer la branche à mortaise la première en avant et à droite.

Mais la branche à pivot, étant alors appliquée la seconde, se trouve sur la branche à mortaise, et il faut décroiser les branches pour les articuler, afin de faire passer en dessous de la mortaise le pivot, qui était en dessus d'elle; à moins, cependant, qu'on ne puisse passer la branche à pivot sous la branche à mortaise.

Madame Lachapelle donne comme règle générale de placer toujours la première la branche qui doit être en avant du bassin, parce qu'elle est la plus difficile à appliquer. Ce précepte, excellent en lui-même, a le léger inconvénient de nécessiter le décroisement des branches, dans le cas où la partie que l'on veut ramener sous les pubis répond au quart antérieur gauche du bassin; de plus ce pro-

cédé, auquel il est rare que l'on soit obligé de recourir, ne diffère de la règle générale que je donne (placer la branche à pivot la première) que dans le seul cas où l'occiput ou le front répondent à gauche et en avant; il y a d'ailleurs identité parfaite entre les règles générales données par la célèbre sage-femme et entre celles que je donne, dans tous les cas où la partie qu'on veut ramener sous les pubis répond au quart antérieur droit du bassin.

3° Celle-ci est assez fréquente : c'est celle dans laquelle il n'est pas possible de placer une branche sur la symphyse sacro-iliaque et l'autre derrière la cavité cotyloïde, mais dans laquelle une branche seule pourra être régulièrement placée, ou ni l'une ni l'autre ne pourraient être régulièrement placées. Dans ce cas il faut saisir la tête comme on peut. Je reviendrai sur cette exception en temps utile. Exception si commune qu'elle devient presque la règle comme je l'ai dit déjà.

Dans ce cas aussi, lorsque l'introduction du forceps a ranimé les contractions utérines, ou lorsqu'elle a surmonté la résistance de l'orifice, ou lorsque l'art a été obligé d'intervenir pour une anomalie dans le mouvement de rotation, ou par tout autre accident, sans inertie utérine, madame Lachapelle a donné le conseil, pour ménager le périnée, de retirer l'instrument après que le mouvement de rotation de la tête a été complété, et de livrer l'expulsion de la tête aux efforts spontanés.

Ce précepte est excellent dans les cas où la tête, mal saisie, se présente à la vulve par des diamètres peu favorables; mais il est inutile dans le cas où elle est bien saisie par son diamètre bi-pariétal. En effet, un périnée assez peu solide pour se rompre sous l'effort d'une tête régulièrement prise et malgré les précautions que j'ai indiquées au moment du dégagement, devra se rompre aussi facilement quand elle est expulsée seule. Le conseil de madame Lachapelle a aussi des inconvénients pour l'accoucheur. Ainsi, supposons que le forceps retiré après que la rotation de la tête aura été complétée, les contractions sur lesquelles l'accoucheur a compté pour son expulsion, et qui ne sont ranimées que sous l'influence de l'application, viennent à cesser tout à coup ou deviennent insuffisantes dès qu'on retire le forceps (ce qui arrivera très-souvent dans ce cas), il faudra réappliquer l'instrument pour extraire le produit.

Cette seconde opération fera croire aux assistants, inhabiles à juger sainement des choses, que la première opération a été manquée; elle pourra servir aussi de prétexte à la malveillance.

Il me paraît plus convenable, à tous égards, dans ce cas, de re-

doubler de lenteur et de précautions, mais de ne pas extraire le forceps.

Cependant, s'il existait des contractions utérines énergiques, et sur lesquelles on pût sûrement compter, on pourrait, même quoique la tête fût bien saisie, retirer l'instrument et confier l'expulsion à la nature. Dans ce cas les branches, pour être retirées, devraient suivre le même chemin qu'elles ont pris pour pénétrer dans les organes.

Application du forceps dans la position occipito-iliaque droite postérieure (diagonale), symphysienne droite.

L'application est exactement la même que dans le cas précédent, quoique la position soit exactement inverse.

Jusqu'à présent, dans les applications de forceps précédentes, on a pu voir que j'ai imité artificiellement, pour extraire le produit, les

Fig. 159.

procédés que la nature emploie pour l'expulser. La position mento-postérieure (*fig.* 157), nous a présenté la première exception à cette règle; dans les positions occipito-postérieures qui vont suivre, je serai encore obligé d'agir de même, parce que les moyens que j'ai à ma disposition sont insuffisants pour produire exactement le mécanisme naturel.

En effet, dans l'expulsion spontanée, l'occiput quitte la symphyse sacro-iliaque droite pour revenir en avant à l'aide d'u nmouvement de rotation très-étendu, auquel le tronc participe presque exactement. Si maintenant je cherchais, au moyen du forceps, à accomplir le même fait, je tordrais le cou de l'enfant dans la plupart des cas, parce que le tronc, retenu par la rétraction utérine, ne suivrait pas la rotation imprimée à la tête, et cette torsion dépassant un

quart de cercle, sa vie serait compromise. Bien plus, pour arriver à ce résultat, ramener l'occiput en avant en lui faisant parcourir toute la paroi latérale droite du bassin, il faudrait, au moment de l'application pour prendre la tête par son diamètre bi-pariétal, diriger la courbure du forceps en arrrière, ce qui est impossible ; ou prendre la tête très-irrégulièrement en plaçant une branche sous les pubis, l'autre dans la cavité du sacrum, ce qui n'est presque jamais possible aussi, même dans l'excavation : je ne pourrais prendre la tête que diagonalement, comme si l'occiput était en rapport avec un des quarts antérieurs du bassin. (Voyez *Application dans les positions transversales.*)

Le dégagement en occipito-postérieure étant bien plus facile, bien plus inoffensif pour l'enfant, il faut s'écarter des règles tracées par la nature, et conduire et dégager l'occiput en arrière; c'est ce qu'on fait en ramenant sous les pubis le front qui est à gauche et en avant. Pour cela, la courbure des bords de l'instrument devra être dirigée à gauche et en avant, etc. On ramènera le front sous les pubis par le même mouvement de rotation qui a servi à conduire l'occiput dans le cas précédent. Enfin, on dégagera comme en occipito-postérieure, c'est-à-dire en tirant d'abord en élevant, puis en abaissant légèrement pour dégager le front et la face de dessous les pubis.

Manuel opératoire dans la position occipito-iliaque droite antérieure (diagonale), cotyloïdienne droite.

L'occiput est à droite et en avant derrière la cavité cotyloïde droite, le front en arrière à gauche sur la symphyse sacro-iliaque;

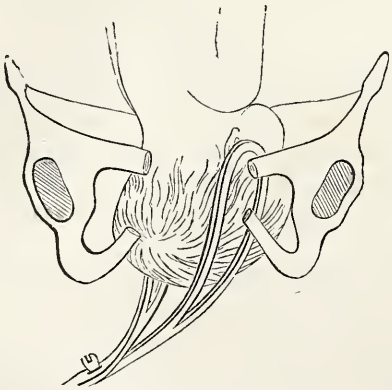


Fig. 160.

c'est l'occiput qu'il faut ramener en avant. Il faut alors, supposan l'application faite, diriger par la pensée la courbure des bords de

l'instrument vers l'occiput, c'est-à-dire à droite et en avant, puis, après avoir désarticulé l'instrument, saisir la branche à pivot (gauche) de la main gauche, et l'introduire sur la symphyse sacro-iliaque gauche, puis la ramener par le mouvement de spirale en haut et à gauche derrière la cavité cotyloïde gauche; la branche à mortaise (droite), saisie de la main droite, est introduite à droite et en arrière sur l'articulation sacro-iliaque et y reste située. La mortaise se trouvant sur le pivot, il n'y a pas de décroisement; le mouvement de rotation s'exécutera de droite à gauche, etc., etc.

On retrouve ici le procédé de madame Lachapelle ; appliquer la première la branche qui doit être placée en haut.

Manuel opératoire dans la position occipito-iliaque gauche postérieure (diagonale), symphysienne gauche.

Dans cette situation qui est l'inverse de la précédente, le front répond à la cavité cotyloïde droite, l'occiput est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque gauche. L'application du forceps sera la même que dans le cas précédent; le mouvement de rotation s'accomplira aussi dans le même sens de droite à gauche, seulement

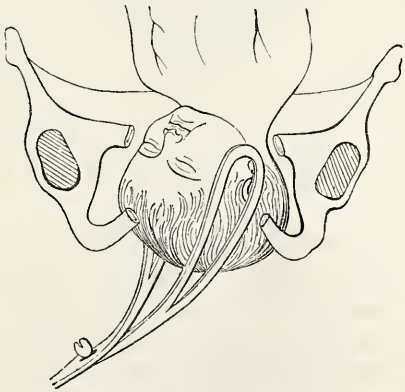


Fig. 161.

c'est le front qui reviendra sous les pubis au lieu de l'occiput, qui, lui, se rendra dans la concavité du sacrum.

Mais le dégagement de la tête varie, comme dans tous les cas où l'occiput est en arrière : élever d'abord pour dégager l'occiput, abaisser ensuite pour dégager le front et la face sous le pubis.

Manuel opératoire dans la position occipito-iliaque gauche transversale.

Dans cette position, un des côtés de la tête est en rapport exacte-

ment avec le derrière de la symphyse des pubis, l'autre côté regarde le sacrum; l'occiput répond à gauche du bassin, le front à droite.

Quelle est la partie de la tête que l'on doit ramener sous les pubis ? Est-ce l'occiput ou le front ? Ces deux parties sont à égale distance de la symphyse des pubis, et alors que l'on ramène le front ou l'occiput, le mouvement de rotation sera aussi étendu dans un cas que dans l'autre ; mais le dégagement occipito-antérieur étant plus facile et plus favorable à la mère et à l'enfant, comme on a le choix, il faut évidemment le préférer.

L'occiput répond à gauche du bassin : la concavité des bords de l'instrument sera dirigée par la pensée à gauche de la femme. Puis,

Fig. 162.

en désarticulant l'instrument, l'accoucheur verra que c'est la branche à mortaise qui est *en dessus*, et la branche à pivot qui est *en dessous*. Maintenant pour prendre la tête par son diamètre bi-pariétal, il faudrait qu'une des cuillers, celle à mortaise, fût placée sous les pubis, et que l'autre fût introduite dans la concavité du sacrum, comme dans la figure 162, ce qui n'est pas possible. Une application diagonale, comme si la tête était dans cette situation, sera tout au plus possible, comme dans la figure 164.

Si l'on tenait à essayer cette application régulièrement, la branche à pivot serait saisie de la main gauche, et poussée directement dans la concavité du sacrum; jusque-là l'opération est extrêmement facile. Puis on saisirait la branche à mortaise de la main droite, et d'abord on l'introduirait à droite, dans la direction de la symphyse sacro-iliaque de ce côté, puis on chercherait à la ramener ensuite avec lenteur, par un mouvement de spirale très-étendu, sous les pubis direc-

tement, mais on échoue presque toujours, soit qu'on cherche à placer la branche en lui faisant exécuter ce mouvement de spirale, soit qu'on le tente en la coulant immédiatement sous les pubis, et l'on se trouve obligé de s'arrêter derrière la cavité cotyloïde, même à l'extrémité du diamètre transverse, et alors une branche se trouve en arrière et l'autre sur le côté du bassin. L'articulation ne pouvant s'effectuer ainsi, on se trouve dans l'obligation de ramener vers l'autre côté la branche qui avait pu se placer en arrière, et la tête se trouve saisie d'une bosse frontale à la bosse occipitale opposée (*fig.* 164), et l'on se conduit ainsi que je vais le dire.

Si cependant on n'avait pu réussir à prendre la tête par son diamètre bi-pariétal, une fois le forceps articulé, on fait exécuter à la tête un mouvement de rotation de gauche à droite, à l'aide duquel on ramène l'occiput sous les pubis, puis l'on dégage.

Manuel opératoire dans la position occipito-iliaque droite transversale.

Dans cette position, l'inverse de la précédente, l'occiput répond à droite du bassin. La concavité des bords sera dirigée à droite; la branche à pivot, introduite sur le ligament sacro-sciatique gauche,

Fig. 163.

sera ramenée sous les pubis, si cela est possible ; la branche à mortaise sera placée immédiatement dans la concavité du sacrum ; le mouvement de rotation s'exécutera de droite à gauche.

Exceptions qui remplacent presque toujours la règle. — L'application du forceps dans ces positions ne peut presque jamais être faite régulièrement, même dans le cas où la tête est profondément engagée dans l'excavation.

Et comme je viens de le dire, cette difficulté dépend du placement

de la branche qui doit occuper le derrière des pubis. Elle est si difficile à bien placer, qu'on peut dire que, dans la majorité des cas, on ne pourra pas y réussir. Deux cas peuvent alors se présenter.

1° Si l'on n'a pu ramener cette branche antérieure que derrière l'une des cavités cotyloïdes, comme dans les situations diagonales, elle ne correspondra plus à l'autre branche, qu'on a pu placer directement dans la concavité du sacrum ; alors, pour rendre ces branches parallèles, il faudra aussi, comme je viens de le dire, page 638, ramener cette branche postérieure à la situation diagonale. Supposons que dans ces cas la tête soit placée en position occipito-iliaque gauche transversale, la branche à mortaise n'ayant pu être ramenée que derrière la cavité cotyloïde droite, il faudra conduire sur la symphyse sacro-iliaque gauche la branche à pivot, qui est tout à fait en arrière, sans quoi l'articulation de l'instrument ne pourrait s'effectuer. La tête, quoique transversale, sera prise alors comme si elle était diagonale ; la branche à mortaise répondra à un des côtés de l'os frontal, et l'autre sera placée sur la suture lambdoïde opposée : la tête est prise dans l'instrument d'une bosse frontale à la bosse occipitale opposée (*fig.* 164) et par un diamètre moins favorable au

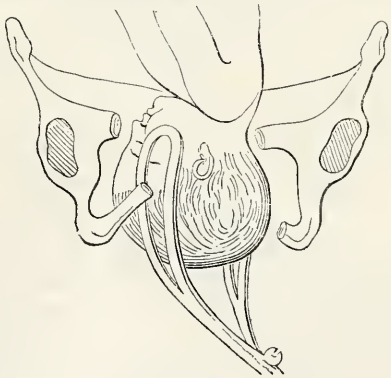


Fig. 164.

dégagement que le diamètre bi-pariétal. Cependant le dégagement ne s'en effectuera pas moins bien dans la plupart des cas. En effet, deux circonstances peuvent se présenter : ou la tête peut tourner dans le forceps au moment où on l'articule, et, de transversale qu'elle était, elle devient diagonale, alors le dégagement est aussi facile qu'en position diagonale ; ou elle reste transversale, tandis que le forceps n'a pu être appliqué que diagonalement. Alors, après avoir articulé les branches, on imprime au forceps un mouvement de rotation, qui conduit la concavité des bords de l'instrument

sous les pubis, mais qui ne ramène l'occiput que derrière la cavité cotyloïde gauche. Il est rare que le dégagement de la tête puisse se faire en situation diagonale, il est nécessaire, pour qu'il puisse s'effectuer, que la rotation de l'occiput soit complète : il faut donc la déterminer. Pour cela, l'accoucheur exagère la rotation du forceps, afin de compléter celle de la tête, c'est-à-dire qu'il dirige la concavité des bords de l'instrument à droite. Quand le périnée est résistant, quand il y a des contractions utérines sur lesquelles on peut compter, il est prudent de retirer l'instrument dès que la tête n'aura plus à vaincre que la résistance des parties externes. Si, dans le même cas, il n'existait pas de contractions utérines, après avoir ramené l'occiput tout à fait sous les pubis, en exagérant le mouvement de rotation, on désarticulerait les branches, pour les retirer et les réappliquer sur les côtés de la tête, ou bien on pourrait, sans les extraire, mais après les avoir désarticulées, et dans le cas seulement où cela n'exigerait aucune force, les ramener à cette situation en abaissant l'une, en élevant l'autre.

2° Enfin, il peut arriver dans les situations transversales ce qui arrive souvent, même pour les positions diagonales, c'est-à-dire qu'il ne soit pas possible de placer le forceps diagonalement, et qu'on ne puisse l'appliquer que comme si la situation de la tête était antéro-postérieure, c'est-à-dire une branche à gauche, l'autre à droite. On conçoit que dans ce cas, la situation étant transversale, la tête sera saisie du front à l'occiput (fig. 165).

Alors, pour ramener l'occiput sous les pubis, il faudra diriger la

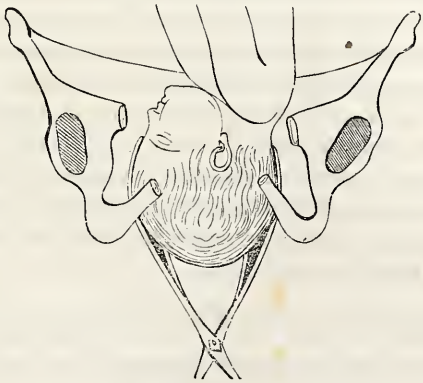


Fig. 165.

concavité des bords de l'instrument le plus à droite possible dans la position occipito-iliaque gauche transversale, et autant à gauche

qu'on le pourra, dans la position inverse ; puis, s'il y a des contractions utérines, retirer l'instrument et confier la dernière expulsion à la nature. S'il n'y a pas de contractions, on devra réappliquer le forceps régulièrement sur les côtés du bassin, soit en le retirant au préalable, soit en ramenant les branches à cette situation sans les retirer : ce dernier procédé présentera souvent des difficultés ; de plus, il ne permet pas de guider les branches aussi sûrement que le précédent. Enfin, on ne devrait se permettre d'extraire la tête, le forceps étant aussi irrégulièrement placé, que dans le cas où les parties génitales seraient très-extensibles, et la tête réductible et petite. En résumé, dans l'excavation il n'y a, à proprement dire, que trois applications de forceps, avec des modes de dégagement différents, suivant que l'occiput est en avant ou en arrière.

En effet, si l'occiput est sous les pubis ou dans la concavité du sacrum, l'application est la même : la branche gauche est placée à gauche, à l'extrémité du diamètre transverse ; la branche droite, à l'autre extrémité droite du même diamètre ; le forceps articulé, la tête est saisie régulièrement par son diamètre bipariétal. Si *l'occiput est en avant*, on dégage en combinant un mouvement de traction directe avec un mouvement d'élévation lent et gradué. Si *l'occiput est en arrière*, on commence par un mouvement d'élévation et l'on termine l'extraction en abaissant l'instrument.

Si l'occiput est à gauche et en avant, ou à droite et en arrière, ou enfin à gauche transversalement, même application dans ces trois cas. Le mouvement de rotation est exécuté de gauche à droite, puis le dégagement varie suivant que l'occiput est en avant ou en arrière, et comme on l'a vu dans la position transversale, en exagérant un peu le mouvement de rotation du forceps pour compléter celui de la tête, qui n'était pas régulièrement prise.

Enfin, si l'occiput est à droite et en avant, ou à gauche postérieurement ou transversalement à droite, l'application est la même, branche à pivot à gauche et en avant, branche à mortaise à droite et en arrière, rotation de droite à gauche ; l'extraction variant suivant que l'occiput est en avant ou en arrière, et suivant que la tête a été plus ou moins régulièrement prise.

1° La tête étant dans l'excavation et la position étant inconnue.

L'accoucheur peut être appelé pour appliquer le forceps lorsque la tête, engagée depuis longtemps dans l'excavation, est devenue le siége d'une tumeur séro-sanguine considérable qui masque les caractères de la position. C'est dans ce cas, qui se présente si souvent, que l'auscultation est appelée à rendre de grands services. En

effet, si le summum d'intensité des battements du cœur du fœtus s'entend en avant directement, ce sera ou une position occipito-pubienne, ou une position occipito-sacrée, et dans ce cas l'application du forceps sera la même. Si le summum d'intensité des battements du cœur s'entend à gauche, on a tout lieu de croire que c'est une position occipito-iliaque gauche antérieure, qui est bien plus fréquente que la postérieure gauche. Si le summum d'intensité s'entend à droite, il est plus que probable que l'on a affaire à une position occipito-iliaque droite antérieure, car cette position, après l'engagement de la tête, est bien plus fréquente que la position postérieure (on sait que le contraire a lieu au détroit supérieur). Mais je regarde comme impossible, à moins que le hasard ne serve l'accoucheur, de distinguer à l'aide du stéthoscope seul une position postérieure d'une antérieure du même côté, et les positions diagonales des positions transversales. J'avoue avec la plus grande humilité que je me sens bien inférieur à celui qui, paraphrasant Holle, a voulu voir plus loin que son modèle [1].

Si donc on entend les battements du cœur tout à fait en avant, on appliquera le forceps directement. Si l'on entend les battements du cœur à gauche, sans pouvoir préciser si c'est en avant ou en arrière qu'ils ont plus d'intensité, on appliquera le forceps dans le sens de la position la plus fréquente, occipito-iliaque gauche antérieure. Si le summum d'intensité des battements du cœur s'entend à droite, on appliquera le forceps dans le sens de la position occipito-iliaque droite antérieure, qui est la plus fréquente après l'engagement de la tête. Mais voyons ce qui se passerait si l'accoucheur avait été induit en erreur, non pas entre la position droite ou gauche, c'est à peu près impossible; mais si, entendant les battements d'un côté, il avait cru à la réalité d'une antérieure tandis que c'était une postérieure du même côté.

Je suppose que la position est une occipito-iliaque droite postérieure, et qu'on ait cru à une antérieure droite; le forceps sera appliqué comme dans une position antérieure droite ; la courbure des bords de l'instrument regardant le derrière de la cavité cotyloïde droite, la branche à pivot en avant et à gauche, la branche à mortaise en arrière et à droite. La tête sera prise alors par son diamètre occipito-frontal (fig. 166). Si cette tête est forte et non réductible, le grand écartement des branches de l'instrument indiquera à l'opérateur que la tête est saisie par des diamètres très-défavorables, et lui fera apercevoir son erreur ; alors il se conduira

[1] Voyez le chapitre de l'auscultation obstétricale.

comme dans le cas où la position est tout à fait inconnue : il appliquera une branche à gauche, l'autre à droite, et cherchera, en inclinant le forceps soit à droite, soit à gauche, le sens le plus favorable au dégagement. (Voyez plus bas, *Position inconnue.*) Mais, si la tête est réductible et petite, cet écartement n'existera pas et l'accoucheur persévérera dans cette opinion que la tête est saisie par son diamètre bipariétal et alors en position occipito-iliaque droite antérieure, tandis que c'est une position occipito-iliaque droite postérieure; alors il se croira obligé de ramener l'occiput sous les pubis, par un mouvement de rotation de droite à gauche, qui ramènera la concavité des bords du forceps sous l'arcade pubienne, mais qui ne ramènera l'occiput qu'à l'extrémité droite du diamètre transverse. La tête ne cédant pas encore aux tractions directes exercées sur elle, l'accoucheur continuera le mouvement de rotation, en dirigeant la concavité des bords de l'instrument vers la cavité cotyloïde gauche. Ce mouvement ne suffira pas encore pour compléter la rotation de la tête ; il ne ramènera l'occiput que derrière la cavité cotyloïde droite ; enfin, la tête résistant encore aux tractions, l'opérateur inclinera la concavité des bords tout à fait à gauche et ramènera ainsi l'occiput sous les pubis. Il sentira alors que la tête céderait facilement aux tractions ; mais comme il ne serait pas prudent d'opérer ce dégagement dans une pareille situation du forceps, dans l'intérêt des parties génitales externes, il retirera l'instrument pour le placer

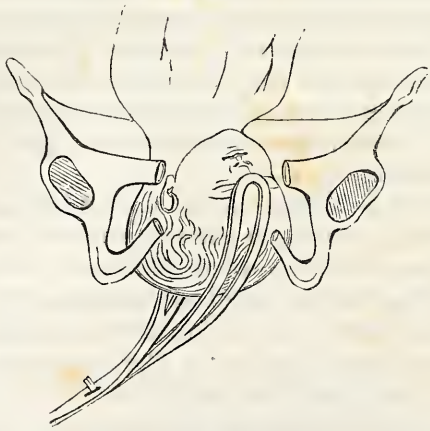


Fig. 166.

sur les côtés du bassin, et terminera l'extraction ; s'il y avait des contractions utérines, il livrerait l'expulsion aux efforts spontanés.

Il arrivera aussi bien souvent, dans cette circonstance, que les

branches ne pourront pas se placer, une en avant et à gauche, l'autre en arrière et à droite, et qu'elles tourneront sur les côtés du bassin (fig. 167) ; l'occiput se trouvera, dans ce cas, encore plus éloigné de

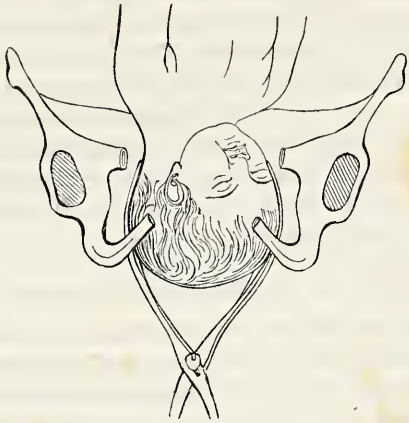


Fig. 167.

la concavité des bords du forceps, et la rotation de la tête ne pourra pas se terminer avec une seule application du forceps, comme cela aurait à la rigueur pu s'effectuer dans le cas précédent. La tête sera prise par une bosse occipitale et la bosse frontale opposée. Alors l'opérateur, croyant toujours à l'existence d'une position occipito-iliaque droite antérieure, pour ramener l'occiput sous les pubis, imprimera au forceps un mouvement de rotation de droite à gauche, qui dirigera la concavité des bords de l'instrument vers la cavité cotyloïde gauche, et ramènera l'occiput transversal ; la tête résistant encore, il exagérera encore la rotation de l'instrument, mais malgré cela, il ne pourra ramener l'occiput que derrière la cavité cotyloïde droite, et il sentira que la tête ne cède pas encore. Alors, dans l'impossibilité où il se trouve d'extraire la tête, ne pouvant plus exagérer la rotation, puisque pour cela il faudrait qu'il mît la concavité des bords en rapport avec la symphyse sacro-iliaque gauche, ce qu'il ne peut faire. Mais la tête, dont le mouvement de rotation n'est pas complet, résiste encore aux tractions, et pour l'extraire l'accoucheur, en dirigeant la concavité des bords de l'instrument, soit à droite (et dans ce cas, le résultat est nul), soit à gauche (seul sens favorable au dégagement), finit, en tâtonnant, par dégager la tête.

On voit par ces exemples, qu'il serait possible de multiplier, qu'un moyen précieux, l'auscultation, peut cependant induire quelquefois en erreur, et être préjudiciable à la vie du produit, par suite

de la torsion du cou qui est le résultat du grand mouvement de rotation imprimé à la tête, contrairement aux règles de l'application du forceps dans la présentation du sommet. Cependant c'est une erreur dans laquelle les praticiens les plus habiles peuvent tomber, et qui heureusement n'est pas toujours préjudiciable au produit. Madame Lachapelle [1] rapporte que des enfants sont nés très-bien portants à la suite d'une semblable torsion du cou [2].

L'auscultation dans les cas de diagnostic douteux peut donc être d'un grand secours, mais elle peut, dans quelques cas rares, induire en erreur. Aussi, pour peu qu'après une exploration faite à l'aide du stéthoscope, on ait encore des doutes sur la position, il vaudra mieux suivre la marche que je vais tracer.

2° La position étant complétement inconnue.

Si les battements du cœur ne peuvent être entendus soit parce que l'enfant a cessé de vivre, soit parce que l'agitation de la femme rend l'auscultation impossible, et que la position soit tout à fait inconnue ou douteuse, l'accoucheur devra appliquer le forceps sur les côtés du bassin.

Puis, exerçant de légères tractions sur l'instrument, il s'assurera que la tête résiste ou cède à ses efforts. Si elle cède à des tractions directes, c'est qu'elle avait exécuté son mouvement de rotation ; si

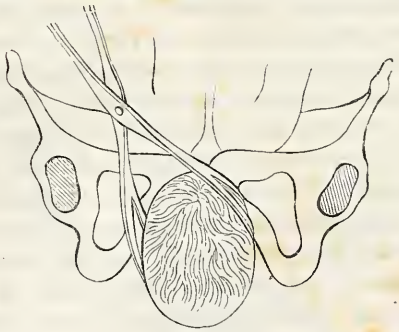


Fig. 168.

elle résiste, c'est qu'elle ne l'a pas exécuté : alors l'accoucheur dirige la concavité de l'instrument d'abord à droite, les positions

[1] *Pratique des accouchements*. Paris, 1821, t. I, in-8.

[2] Une application exactement semblable à celle-ci fut faite, par M. P. Dubois, à la Clinique, dans le courant de l'été 1841, sans que la vie de l'enfant ait été compromise. M. Guiton, alors interne de Clinique, et présent à l'opération, m'en a rapporté les circonstances. La femme, en travail depuis longtemps, fut amenée à la Clinique,

occipito-iliaque gauche antérieure ou occipito-iliaque droite postérieure étant les plus fréquentes; s'il est tombé juste, l'application étant la même dans ces deux cas, la tête cédera aux efforts de l'opérateur ; de plus, il ne tardera pas à sentir que ces tractions sont plus fructueuses quand il les exerce, soit en haut, soit en bas, suivant que la position est une occipito-antérieure ou une occipito-postérieure, et il verra bientôt la tête se dégager dans l'une ou dans l'autre de ces deux positions.

Si les tractions pratiquées ainsi, la concavité des branches regardant le côté droit de la femme, n'amènent aucun résultat, l'accoucheur doit conclure qu'il s'est trompé et que c'est une position occipito-iliaque droite antérieure ou une gauche postérieure ; il ramène alors la concavité des bords à gauche, et immédiatement, en exagérant plus ou moins ce mouvement de rotation, il constate que la tête cède aux tractions qu'il exerce sur elle, et de même il élève ou abaisse l'instrument, suivant que la facilité qu'il éprouve à opérer l'un ou l'autre de ces deux mouvements lui indique qu'il a affaire à une position occipito-antérieure, ou à une position occipito-postérieure.

En un mot, quand la position est inconnue, comme l'occiput ou le front, que l'on doit toujours ramener sous les pubis dans la pré-

Fig. 169.

sentation du sommet, correspondent toujours en avant, soit à gauche, soit à droite, il suffira, pour dégager la tête, d'exercer d'abord

alors qu'une tumeur sanguine masquait tout à fait les caractères de la position. L'auscultation fit croire à l'existence d'une occipito-iliaque droite antérieure, et cette opinion était d'autant plus fondée que le temps qui s'était écoulé depuis le commencement du travail devait laisser espérer que si la position avait été primitivement une occipito-iliaque droite postérieure, elle avait pu se convertir en position antérieure. (Je citerai aussi ce fait à l'occasion de la rotation du *menton*, en avant, dans les présentations de *la face*.)

des tractions directes, et si l'on éprouve de la résistance, il faudra diriger la concavité de l'instrument soit à droite, soit à gauche, en exagérant plus ou moins la rotation, suivant le sens, enfin, où cette rotation, plus facile, semblera mieux favoriser l'extraction. Mais dans ce cas, il faut avoir bien soin de n'exercer que des tractions mesurées ; il faut aussi faire bien soutenir le périnée, et être tout prêt à retenir la tête, au lieu de l'extraire ; car si, après avoir résisté aux tractions directes, la situation qu'on lui donne, en exécutant le mouvement de rotation, est plus favorable à son dégagement, elle peut s'échapper brusquement hors des parties maternelles, et les compromettre plus ou moins gravement.

§ 5. — Application du forceps dans la présentation du sommet.

1° Lorsque la tête est engagée dans le détroit supérieur.

Lorsque la tête est à demi engagée au détroit supérieur, les règles de l'application du forceps sont exactement les mêmes que dans le cas où la tête a pénétré dans l'excavation, excepté celles qui président à l'introduction des mains dans les organes, comme je vais le dire dans un instant ; mais l'opération est plus difficile, plus dangereuse pour le produit. Aussi ne devra-t-on y avoir recours que dans les cas où la version est impossible par suite du retrait considérable de l'utérus (rare dans le sommet, sans quoi l'engagement devrait s'effectuer), et quand le bassin est mal conformé et qu'on suppose la tête trop volumineuse. Si l'on avait affaire à cette espèce de bassin vicié, oblique, on pourrait encore pratiquer la version en

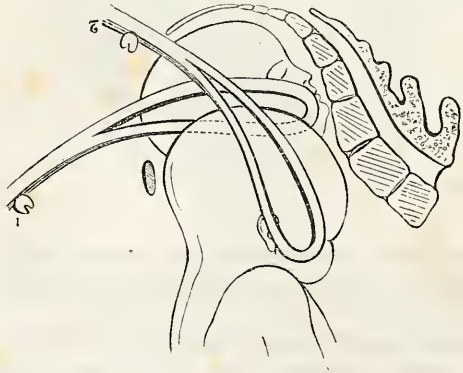


Fig. 170.

engageant le produit dans le côté du bassin qui a gagné en amplitude ce que l'autre a perdu. L'application régulière des branches

au détroit supérieur est beaucoup plus difficile, on peut dire même qu'elle est impossible dans la plupart des cas. A quoi tient cette différence? Le voici : dans l'application du forceps, lorsque la tête est engagée dans l'excavation, le forceps ne doit s'accommoder qu'à la direction d'un seul axe. L'application se ferait aussi bien avec un forceps droit qu'avec un forceps courbe. Au détroit supérieur, au contraire, il faut que l'instrument pénètre dans l'utérus et qu'il s'accommode aux axes combinés du détroit inférieur et du détroit supérieur ; par conséquent, il faut qu'il soit courbe sur ses bords, et que la concavité des bords des cuillers corresponde au derrière de la symphyse des pubis, pour que le forceps puisse s'accommoder à la courbure du canal pelvien. Toutes les fois qu'on voudra l'éloigner de cette direction, il ne sera plus possible de l'appliquer. La branche qui doit être en arrière pourra tout au plus être introduite régulièrement. Quant à celle qui doit être en avant, il sera impossible de la placer convenablement, et de plus on éprouvera des difficultés alors tout à fait insurmontables, quand il s'agira d'articuler les branches qui ne peuvent se correspondre. Le périnée, qui augmente encore la courbure du bassin, s'oppose à ce que les manches des cuillers soient repoussés en arrière, et par conséquent que l'instrument, dont la concavité des bords regarde un des côtés du bassin, puisse s'accommoder à l'axe du détroit supérieur. En un mot, vouloir articuler un forceps dont la concavité des bords ne regarde pas le derrière des pubis quand la tête est au détroit supérieur, c'est vouloir accommoder une ligne droite inflexible dans un canal courbe, ce qui est impossible. Le forceps, ainsi appliqué, laisse si peu d'écartement entre ses cuillers, qu'il n'est pas possible que la plus petite tête puisse y être contenue.

Deux positions seules pourraient donc permettre d'appliquer le forceps régulièrement au détroit supérieur, en prenant la tête par son diamètre bipariétal : ce sont celles où l'occiput ou le front répondraient au derrière de la symphyse des pubis, parce que les côtés de la tête répondant aux côtés du bassin, les branches seraient placées sur les côtés du bassin et de la tête, et leur concavité répondrait en avant. Malheureusement, ces positions sont très-rares, si même elles existent au détroit supérieur, excepté dans les vices du bassin par aplatissement latéral : tandis que les situations diagonales, dans lesquelles il n'est plus possible de prendre la tête régulièrement par son diamètre bipariétal, puisqu'il faudrait pour cela que la concavité des bords de l'instrument regardât un des côtés du bassin, sont les plus fréquentes. Aussi ne pourra-t-on presque jamais appliquer le forceps régulièrement, quandla tête sera au détroit supérieur. Alors,

quelle que soit la position, il faut placer la branche à pivot à gauche, la branche à mortaise à droite, sans s'inquiéter de la position. Ce procédé a reçu le nom de méthode allemande. On voit donc que dans les positions diagonales, la tête sera prise par une bosse frontale et par la bosse occipitale opposée; que, dans les positions transversales, elle sera prise du front à l'occiput; on peut dire même que telle est la règle, et que les cas où l'on peut l'appliquer régulièrement sont les exceptions. Il résulte donc de cela, qu'au détroit supérieur la connaissance de la position affectée par la tête n'est pas indispensable pour appliquer l'instrument; qu'elle n'est avantageuse qu'au moment où l'on opérera le dégagement de la tête : c'est cette connaissance qui indiquera à l'opérateur de quel côté il devra opérer le mouvement de rotation. Cependant on ne doit jamais, dans ce cas, négliger de constater la position, quand cela sera possible.

On comprend, de plus, que l'application sera d'autant moins régulière que la tête est plus élevée.

De nos jours encore, l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur est, avec raison, considérée comme une opération difficile, délicate pour l'accoucheur, dangereuse pour l'enfant, et qui peut n'être pas sans gravité pour la mère. C'est là, sans doute, ce qui en a rendu l'introduction si tardive dans la pratique. En effet, d'après Baudelocque, ce fut seulement en 1743 qu'un accoucheur nommé Pudecomb la tenta pour la première fois, et réussit à extraire la tête de l'enfant, placée au détroit supérieur. Le forceps dont il s'était servi était droit[1].

Après Pudecomb, vint Smellie, qui, en 1752, formula cette méthode en précepte, et conseilla l'emploi du forceps toutes les fois que, la tête étant encore aussi élevée, le volume de la tête, la conformation du bassin, la résistance et la rétraction de l'utérus s'opposent à la pratique de la version pelvienne.

Dans ce but, Smellie modifia son forceps, qui était droit et court. Il le fit allonger et fit courber les cuillers sur leurs bords, afin que l'instrument, introduit et articulé, s'accommodât parfaitement avec la courbure du canal pelvien.

En 1779, Rœderer et Barbaut adoptèrent le forceps modifié de Smellie, et consacrèrent sa pratique par l'application qu'ils en firent au détroit supérieur. Toutefois, d'après le témoignage de Baudelocque, ce seraient Solayères et Deleurye qui, les premiers en France, auraient porté l'instrument au-dessus de ce détroit.

[1] La tête devait certainement avoir subi un certain degré d'engagement.

Baudelocque dit l'avoir lui-même employé vingt fois, mais seulement sur l'enfant mort [1].

Enfin, Flamant est, de tous les accoucheurs français, celui qui a le plus préconisé l'usage de cet instrument au détroit supérieur.

Depuis cette époque, son application au détroit supérieur est devenue familière à tous les accoucheurs expérimentés. Bien souvent aussi, elle est devenue dans leurs mains un moyen précieux de salut pour la mère et pour l'enfant.

Ce n'est pas pourtant que cette opération soit toujours exempte de danger pour l'un ou pour l'autre des deux individus, quelquefois même pour tous les deux. Il se peut, en effet, que l'enfant succombe par suite de la constriction de la tête dans les mors de l'instrument. Avec toute l'habileté possible, on n'est pas toujours sûr d'éviter ce malheur. Quant à la mère, si la résistance à vaincre est trop considérable, et si les tractions exercées à l'aide du forceps sont trop longtemps continuées, il peut résulter de cette opération des fistules vésico ou recto-vaginales, des phlegmons dans les fosses iliaques ou au voisinage des ligaments larges, etc., etc. Quoique fort rares sous une main très-exercée, il n'est malheureusement que trop vrai que ces accidents peuvent encore se présenter quelquefois.

Nous n'en dirons pas autant des accidents que peut produire l'introduction des branches du forceps, tels que les perforations du vagin, de l'utérus, du péritoine. Ces derniers, qui, dans certains cas, ont amené la mort en quelques heures, peuvent être attribués toujours à l'impéritie de la main qui dirige les branches de l'instrument, mais, quelquefois aussi, à l'insuffisance du procédé d'introduction mis en œuvre par l'opérateur. Autrement on ne pourrait expliquer comment il se fait que de semblables désordres se présentent si rarement dans la pratique de quelques accoucheurs, tandis qu'on les voit suivre presque toutes les opérations faites par d'autres mains. Je le répète, si cela peut souvent provenir de la main qui guide l'instrument, cela tient aussi certainement au procédé mis en usage pour les diriger.

Si nous consultons Baudelocque, nous voyons que, reconnaissant combien il est difficile de guider les branches du forceps dans leur introduction au détroit supérieur, il conseille [2] d'introduire toute la main, excepté le pouce, c'est-à-dire, environ la moitié de la main. C'était un premier pas de fait. Flamant, le premier, fit de l'intro-

[1] L'*Art dss accouchements*. Paris, 1781, in-8, t. II, p. 29.

[2] *Loc. cit.*, t. II, p. 65.

duction entière de la main un précepte rigoureux, mais malheureusement il ajouta à ce précepte d'autres procédés inexécutables et qui font renoncer à cet excellent conseil. Enfin on s'arrêta là. Dans tous les ouvrages qui suivirent, on ne trouve d'autres règles, pour l'application au détroit supérieur, que celles qui sont conseillées quand la tête est dans l'excavation. Ces règles sont bien impuissantes à préserver la femme lorsque la tête est très-élevée.

En effet, plus la tête est élevée, plus les précautions que j'ai recommandées au sujet de l'orifice devront être observées. Ainsi, il faudra que les branches soient sûrement guidées dans l'orifice. Pour y parvenir plus facilement, le meilleur procédé à suivre est, sans contredit, celui qui est conseillé par Flamant, modifié par M. F. Hatin, auquel une pratique de quinze années dans un quartier populeux a donné une grande habitude des opérations obstétricales.

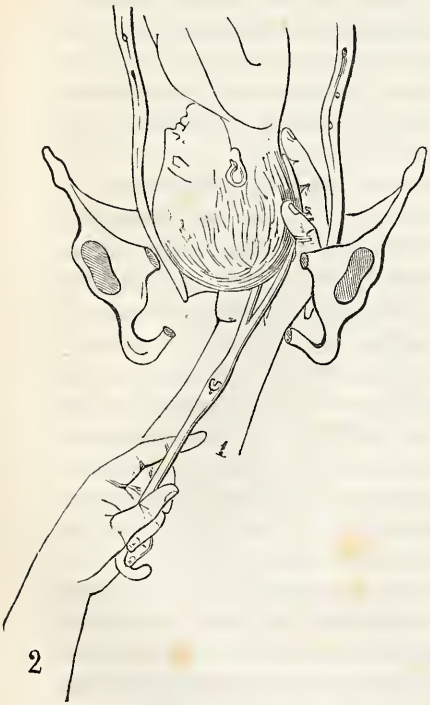


Fig. 171.

Fig. 172.

Il consiste à guider les deux branches de la main et à les introduire toutes deux avec l'autre main.

Pour cela, l'opérateur, après avoir graissé la main et le tiers inférieur de l'avant-bras droit, introduit cette main tout entière dans le vagin, et fait pénétrer son extrémité jusque dans l'utérus à gauche et en arrière ; la main gauche saisit la branche à pivot, la glisse sur la partie antérieure du poignet de la main droite, et de là dans cette main, sans jamais avoir la crainte de rencontrer le col de l'utérus, et de s'engager dans le cul-de-sac du vagin. Cette branche est conduite ainsi par la main droite à la place qu'elle doit occuper, c'est-à-dire, sur le côté gauche. Puis cette main droite, abandonnant la cuiller de la branche à pivot, va se placer à droite et en arrière, bien entendu, sans sortir de l'utérus, s'il y a assez de place entre la tête et l'angle sacro-vertébral ; dans le cas contraire, l'extrémité de cette main sortirait seule de l'utérus, les doigts se fléchissant dans la paume de la main pour repasser de l'autre côté et pénétrer de nouveau dans l'utérus. Alors la branche à mortaise est aussi saisie par la main gauche, et glissée, comme la précédente, sur le poignet et le creux de la main droite, puis elle est placée par cette main sur le côté droit du bassin. Cela fait, la main droite est retirée ; on articule, puis on extrait en suivant les règles que je vais tracer.

Ce procédé, le seul que je mette maintenant en pratique dans ces circonstances, est bien préférable à celui qui est généralement suivi. Il permet de placer les branches avec sûreté, ce qu'on n'est pas toujours certain de faire quand on ne dirige les cuillers qu'avec l'extrémité des doigts ; et chacun sait combien la seconde branche surtout est difficile à placer sûrement, car quelques doigts seulement peuvent pénétrer dans le vagin pour la guider. Il permet aussi de reconnaître exactement la position quand celle-ci n'a pas été constatée d'une manière certaine par le doigt seul. Ceux de mes élèves qui ont eu l'occasion d'user de ce procédé en ont reconnu, comme moi, l'excellence ; aussi l'un d'eux, mon ami le docteur Devilliers, s'est-il empressé de le signaler[1].

Maintenant il faut bien savoir qu'il n'est pas nécessaire que ce soit la main droite qui soit chargée de pénétrer dans l'utérus pour y guider les branches ; la gauche remplirait exactement le même but, et ce serait alors la main droite, restée à l'extérieur, qui introduirait chacune des branches du forceps. De même il n'est pas de rigueur de laisser la main dans l'utérus et de la faire repasser de l'autre côté : on peut la retirer pour réintroduire l'autre et introduire aussi chaque branche par la main qui lui correspond. Ce qu'il y a de rigoureux dans ce procédé, c'est l'introduction de l'extrémité de la

[1] *Revue médicale*, année 1844.

main jusque dans l'utérus, que ce soit la droite ou la gauche, que cette main y reste pour guider la seconde branche, ou qu'elle soit remplacée par l'autre main.

En effet, tout est là : c'est cette introduction de la main qui donne à l'opérateur une merveilleuse facilité dans l'introduction des branches, et qui rend cette introduction d'une *innocuité* parfaite, même dans une main encore peu exercée. Maintenant, laisser la main, ainsi que le conseille M. Hatin, ainsi que je le pratique, est un procédé avantageux; il épargne à la pauvre femme la douleur d'une seconde introduction de l'autre main ; il permet à cette main laissée dans l'utérus de fixer la tête contre la première branche déjà appliquée, de la maintenir au détroit supérieur, jusqu'à ce que l'autre branche soit venue remplacer la main.

Ce procédé d'application de forceps, que j'ai mis souvent en usage dans les cas les plus difficiles, en présence d'un très-grand nombre de praticiens, et, en particulier, à l'hôpital Sainte-Marguerite, avec MM. Denonvilliers et Marrotte (p. 555), n'a pas pris naissance dans un grand hôpital, il est vrai, mais il ne s'en recommande pas moins par les qualités qu'on a voulu lui dénier : *facilité*, *innocuité*.

Lors de la discussion qui a eu lieu, à ce sujet, à l'Académie, M. P. Dubois [1] a dit qu'il ne comprenait pas la nécessité de l'introduction entière de la main dans l'utérus, puisqu'il suffisait, pour guider les branches du forceps, de les faire précéder de quelques doigts *et qu'il se ferait même fort d'appliquer le forceps sans l'introduction de ces quelques doigts.* Puis, comprenant de quelle gravité pourraient être ces paroles, si elles étaient prises à la lettre par un opérateur encore peu exercé, il a ajouté qu'au reste il avait toujours introduit toute la main, que c'était le procédé de tout le monde.

Flamant a, il est vrai, recommandé un procédé qui se rapproche de celui-ci ; mais, dans les traités d'accouchement, il n'existe d'autres règles, pour l'application du forceps au détroit supérieur, que celles qui sont conseillées au détroit inférieur ; c'est une lacune bien regrettable, qu'il faut savoir gré à M. F. Hatin d'avoir comblée : car, en supposant qu'il n'ait pas imaginé le procédé le premier, il l'a impatronisé dans la pratique.

M. P. Dubois, qui n'a pas expérimenté ce procédé, a dit aussi qu'il était difficile, impossible, que c'était un tour de force. M. Danyau, dans la même séance, est convenu qu'il l'avait trouvé facile dans trois cas où il l'avait expérimenté dans le but de faire au détroit

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 305.

supérieur une application de forceps plus régulière[1]. J'avoue que je m'étonne qu'on ait pu espérer de trouver dans ce procédé le moyen d'arriver à ce résultat, qui sera toujours impossible, tant que *le bassin de la femme conservera sa forme* et que le forceps aura celle que nous lui connaissons. Tous ceux qui l'ont expérimenté dans un autre but que M. Danyau, bien entendu, l'ont aussi trouvé facile.

Que M. Dubois l'expérimente, et il l'exécutera encore bien plus facilement que nous-même, j'en suis certain. Il a dit aussi qu'il était contraire aux règles établies, qui veulent que chaque branche du forceps soit introduite avec la main qui lui correspond. Mais je ne crois pas qu'il y ait un arrêté, une *loi* qui s'oppose à ce que la branche gauche soit appliquée de la main droite, et *vice versâ*, si l'on trouve ainsi plus de facilité et si l'on fait courir à la mère moins de dangers. Enfin, il a dit que ce procédé était dangereux. Comment peut-il être plus dangereux de faire passer la main entre la tête et l'utérus pour la placer du côté opposé, ou de retirer les doigts de cet organe pour les reporter de l'autre côté sans sortir du vagin, que de retirer toute la main gauche pour réintroduire toute la main droite? J'avoue que je ne le comprends pas. Certainement M. Dubois était mal disposé ce jour-là. C'est surtout dans les cas difficiles, où l'application de l'instrument peut être grave, que ce procédé rend d'immenses services ; c'est là surtout qu'il mettra la femme à l'abri de ces lésions si graves du col utérin du segment inférieur de l'utérus, ces perforations vagino-péritonéales et utéro-péritonéales, etc., qu'on est appelé à constater si souvent dans les cas où le procédé ordinaire est mis en usage. (Voyez le mémoire de MM. Pereyre et Lasserre[2], et, à la fin de ce volume, l'article *des Accidents déterminés par l'accouchement.*)

Dans tous les cas, quel que soit le procédé qu'on mette en usage, les branches devront être introduites dans la direction des deux axes, afin de pénétrer dans l'utérus. Elles devront être conduites avec douceur, et jamais on ne devra surmonter avec violence les obstacles qui s'opposeraient à leur placement. Avec le procédé de M. F. Hatin, on ne rencontrerait aucun obstacle.

Si l'on usait du procédé ordinaire, le précepte dont j'ai parlé plus haut trouverait une utile application. *Après avoir introduit une branche, pour s'assurer qu'elle est bien placée, il faut pouvoir l'introduire davantage sans rencontrer d'obstacle, ce qui indique qu'elle a pénétré dans l'utérus. Il faut aussi, en la retirant, qu'elle rencontre une résis-*

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 358.
[2] *Archives générales de médecine*, 1e série, t. I. Janvier 1843.

tance qui est déterminée par la tête. Si l'on rencontrait un obstacle qui empêchât d'introduire profondément chaque branche, c'est que, n'ayant pas pénétré dans l'utérus, elles se sont fourvoyées dans le cul-de-sac du vagin. Il faut alors les retirer, pour les mieux conduire dans le col utérin. Cependant, quoiqu'une branche ait bien pénétré dans l'utérus, il se pourrait qu'elle rencontrât un obstacle qui ne tiendrait qu'à la présence des parties fœtales. Dans ce cas, après avoir bien constaté, avec l'extrémité des doigts, que l'extrémité de la cuiller s'engage bien dans l'utérus, on tâche de surmonter cet obstacle en variant la direction de l'extrémité de la cuiller qui rencontre une résistance, et en forçant lentement cette résistance à l'aide d'un léger effort. Mais il ne faudrait jamais pousser avec violence, surtout si l'on conservait quelque doute sur la bonne situation de la cuiller. En effet, si l'obstacle était dû au cul-de-sac du vagin, il ne pourrait résister à cet effort, et l'extrémité de la cuiller pénétrerait dans le péritoine.

Les cuillers devront pénétrer d'autant plus haut, que la tête est moins basse, de manière qu'elle soit bien embrassée par les cuillers.

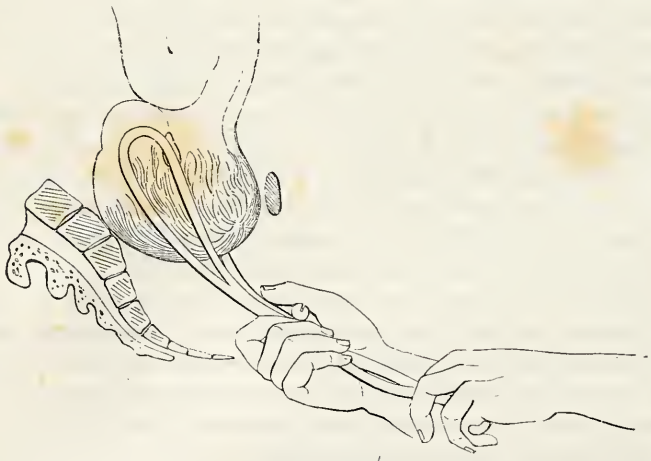


Fig. 173.

Enfin, la tête une fois prise, les deux manches, saisis avec la main qui leur correspond, seront rapprochés de façon que la mortaise soit sur le pivot. Si ces deux moyens d'articulation ne se correspondent pas exactement, on imprime aux manches un effort en sens inverse, puis on les lie fortement avec une serviette. Les tractions devront être faites suivant l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire en bas, autant que pourra le permettre le périnée ; c'est pour cela qu'il est

important de placer, pour cette application, la femme sur le bord d'un lit solide, résistant et assez élevé. On comprend, en effet, combien on aurait peu de force et à quelle fatigue on serait exposé si le lit était très-bas. De temps en temps il faudra s'arrêter, et s'assurer avec le doigt introduit entre les deux cuillers de l'instrument, que la tête vient avec le forceps, que le forceps ne glisse pas seul. Si l'on s'apercevait que l'instrument lâchât prise, il faudrait le retirer pour le placer plus profondément, et il faudrait serrer les manches encore plus exactement [1].

L'accoucheur doit avoir bien soin de ne jamais s'abandonner sur le forceps, et dans les cas même où des tractions énergiques seraient nécessaires, quelle que soit la force qu'il emploie, il doit être tout prêt à retenir la tête, si elle venait à céder trop brusquement; c'est ce qui rend ces tractions, auxquelles l'action seule des bras doit prendre part, si fatigantes dans les accouchements laborieux. C'est pour avoir omis cette précaution, que des accoucheurs se sont couverts de ridicule; ils s'étaient abandonnés sur l'instrument, et le forceps venant à lâcher subitement, ils sont allés tomber à quelques pas de la femme avec le forceps seul dans les mains.

A mesure que la tête descend dans l'excavation, on relève les manches de l'instrument et l'on fait des tractions, suivant le sens de l'axe du détroit inférieur; on sent très-bien au reste la tendance que les branches ont à se relever dans ce sens. Mais la tête, qui a été saisie d'une bosse frontale à la bosse occipitale opposée dans les positions diagonales, du front à l'occiput dans les positions transversales, qui sont presque les seules qu'on rencontre quand le bassin est rétréci, ne peut franchir le détroit inférieur en présentant des diamètres aussi favorables que si elle eût été régulièrement saisie. Il faut alors diriger la concavité des bords de l'instrument vers le côté droit, si la partie de la tête que l'on veut ramener en avant est à gauche, et *vice versâ*. On détermine ainsi le mouvement de rotation. Si les parties sont très-extensibles, on peut dégager, quoique la tête soit saisie par des diamètres peu favorables et que la concavité des bords de l'instrument regarde un des côtés du bassin, au lieu de regarder le dessous de la symphyse des pubis. Mais il faut bien se garder d'extraire la tête, le forceps étant ainsi placé : si les parties génitales sont étroites, friables et peu extensibles, il faut, s'il n'y a pas de contractions utérines, placer les branches sur les

[1] Cet accident arrive rarement avec le forceps d'acier bien trempé. Aussi faut-il se méfier des forceps à bon marché; ils sont sujets à se fausser, et à laisser l'accoucheur et la femme dans l'embarras.

côtés de la tête, soit en les retirant pour les mieux introduire, soit en les faisant couler sur les côtés du bassin, sans les retirer; mais, bien entendu, après les avoir désarticulées. Si, dans ce cas, il y avait des contractions sur lesquelles on puisse compter, on retirerait l'instrument, et on livrerait la dernière expulsion de la tête aux efforts de la nature.

2° Lorsque la position est inconnue.

Il arrive quelquefois que le séjour prolongé de la tête au vide du détroit supérieur détermine sur le cuir chevelu une tumeur séro-sanguine qui masque les caractères de la position. Cette circonstance ne change rien à l'application du forceps, puisqu'une branche doit être à gauche, l'autre à droite, quelle que soit la position; mais elle laisse l'accoucheur dans l'incertitude, au moment où, la tête étant arrivée dans l'excavation, il s'agit de la dégager. Pour rendre ce dégagement plus facile, de quel côté devra-t-on déterminer le mouvement de rotation que la tête doit exécuter? de quel côté, en un mot, devra-t-on diriger la concavité des bords de l'instrument? Il n'est pas possible de le savoir.

Il faut donc, comme je l'ai dit, le front et l'occiput répondant toujours à l'un des deux quarts antérieurs du bassin, diriger la concavité des bords, d'abord à droite, et si la tête ne paraît pas céder, la reporter à gauche. En tâtonnant ainsi, on ne manquera pas de trouver le sens le plus favorable au dégagement. Seulement il faut avoir bien soin de retenir la tête, au moment où on lui fait exécuter ces rotations, dans la crainte que, venant à trouver le sens favorable à son dégagement, elle ne soit expulsée, ainsi que le forceps, avec trop de rapidité.

§ 6. — Manuel opératoire quand la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Le manuel opératoire est exactement le même dans ce cas que dans le précédent; seulement les difficultés sont encore bien plus grandes. De plus, le fœtus et la mère courent aussi de plus grands dangers; aussi ne doit-on pas recourir au forceps dans cette circonstance, à moins qu'il n'y ait impossibilité absolue de pratiquer la version [1]. Cette impossibilité ne peut résulter que de la disproportion de la tête avec le canal qu'elle doit parcourir; encore ne faut-il

[1] Quand le bassin est bien conformé, l'impossibilité qui résulterait de la rétraction de l'utérus ne peut pas exister quand la tête est mobile. En effet, si cette rétraction existait, elle ne serait pas mobile.

pas, comme je l'ai déjà dit aussi, que la tête ait un volume *excessif*, ou que le bassin soit trop rétréci. Ce ne serait alors qu'à titre d'essai qu'on appliquerait le forceps, et si la résistance était trop difficile à vaincre, on aurait recours à la perforation, etc., etc. (Voyez l'article *Vices de conformation*, pages 538 et suivantes.)

La hauteur de la tête rend, comme dans le cas précédent, l'application régulière impossible, par suite de cette hauteur qui est encore plus considérable; les branches sont encore moins faciles à bien guider avec l'extrémité des doigts, qui ont beaucoup de peine à atteindre le col à cette élévation; aussi, c'est surtout dans ce cas que le procédé F. Hatin reçoit une utile application. De plus, la mobilité de la tête expose à trois sortes d'inconvénients qu'on n'avait pas rencontrés dans l'application précédente : 1° la première branche appliquée chasse la tête du côté opposé, en agissant sur elle comme le ferait une branche de levier, et alors l'autre branche ne trouve plus à se placer entre le rebord du détroit supérieur et la tête; son extrémité vient se heurter contre elle. Ajoutez que souvent l'aide qui tient le manche de la première cuiller appliquée (la branche à pivot) augmente les difficultés, en rapprochant ce manche de la cuisse gauche, au lieu de le rapprocher de la cuisse droite. On remédie à cet inconvénient en faisant bien fixer la tête au détroit supérieur par les mains d'un aide appliquée fortement sur l'hypogastre, et en veillant à ce que le manche de la branche à pivot soit rapproché de la cuisse droite, par l'aide à qui elle est confiée; 2° à cause de cette

Fig. 174.

Fig. 175.

mobilité, la tête fuit devant l'instrument et ne peut être saisie que par l'extrémité du forceps, ou seulement par l'un de ses bords. De

sorte qu'aux premières tractions elle glisse entre les cuillers. Ce glissement peut avoir lieu dans deux sens différents : quand la tête n'est saisie que par les extrémités des cuillers, elle s'échappe de bas en haut (fig. 174) ; quand elle est saisie par un des bords de l'instrument, ce qui est commun dans tous les cas où le bassin est vicié, à cause de l'antéversion très-prononcée de l'utérus, elle fuit horizontalement hors des cuillers, et vient se placer sur les pubis (fig. 175).

J'ai été très-souvent appelé dans bien des cas où l'application du forceps au détroit supérieur avait été tentée sans succès, par de jeunes praticiens, ou par des médecins peu versés dans la pratique des opérations obstétricales; je crois comme consolation, et comme exemple, devoir leur en citer un seul comme le plus propre à fixer leur attention.

Je reçois un soir une lettre d'un confrère justement estimé, auteur d'un ouvrage sur les accouchements, dans lequel se trouvent plusieurs mémoires souvent cités dans la science et dont quelques-uns contiennent des données physiologiques et anatomiques fort intéressantes et qui ont demandé beaucoup de travail à leur auteur. Voici cette lettre :

Monsieur et cher confrère, je vous prie de venir m'aider de vos lumières et de votre aide auprès d'une femme en travail affectée de vice du bassin et que je n'ai pas pu accoucher par les moyens ordinaires. De la part de madame Juville et de la mienne.

Votre dévoué confrère.

Le forceps appliqué le matin avait glissé sans rien amener, le soir mêmes tentatives, même insuccès, le forceps avait saisi la tête comme dans la figure 174. Je me rends en toute hâte auprès de la malade, j'applique le forceps par le procédé Hatin. « Tirez avec ménagement, » me dit notre estimable confrère, « le forceps va glisser. » Je m'abstiens de toute traction, et lui remets immédiatement en main l'instrument, en lui disant à mon tour : « Tirez tant « que vous pourrez : si vos forces vous le permettent vous entraînerez la femme, le lit et les aides, mais vous ne ferez pas lâcher le « forceps. » La tête était en effet si solidement prise par l'instrument que ses efforts furent inutiles, mais aussi elle était si solidement fixée au détroit supérieur qu'il devenait évident que prolonger ces tractions, c'était risquer de compromettre les jours de la patiente sans profit pour l'enfant. La perforation du crâne étant seule indiquée, nous procédâmes immédiatement à cette opération.

Madame Juville me témoignant le lendemain l'étonnement que lui avait causé ce fait, et la satisfaction qu'elle avait éprouvée à voir

appliquer le forceps avec autant de sûreté, je lui répondis : C'est au procédé Félix Hatin qu'il faut rapporter tout le mérite ; c'est par lui que le forceps de celui qui n'a publié en fait d'opérations obstétricales, que les résultats de sa pratique consignés au lit de travail, ne *glisse pas*.

On remédie à ces difficultés en faisant maintenir la tête au détroit supérieur par un aide qui réduit en même temps l'antéversion autant que possible.

La tête étant mobile, on évite les dangers de cette application en introduisant une main entière dans l'utérus (procédé Félix Hatin), pour bien guider l'extrémité de la cuiller jusque dans cet organe, et pour maintenir la tête appliquée contre la première cuiller jusqu'à ce que l'autre cuiller ait pénétré. On redouble de soins et de précautions, on ne fait que des tractions mesurées, lentes, graduelles ; on s'assure de temps en temps avec l'index que la tête suit les tractions exercées sur l'instrument, et on se tient toujours prêt à cesser ces tractions si l'instrument venait à lâcher prise, afin de prévenir les fâcheuses conséquences d'une extraction violente du forceps.

Des circonstances qui excluent l'usage du forceps quand la tête est arrêtée au détroit supérieur.

On a pu voir, par tout ce que j'ai dit jusqu'ici de la présentation du sommet, qu'un vice de conformation du bassin, ou une augmentation dans les diamètres de la tête (mais non un volume *excessif*[1]), l'engagement d'une autre partie, soit fœtale, soit maternelle, avec la tête, quand l'utérus est rétracté sur le produit, sont les seuls cas qui puissent nécessiter l'application du forceps dans cette présentation, quand la tête est au-dessus du détroit supérieur. Pour remédier à tous les autres accidents, quand elle est aussi élevée, la version devra et pourra être préférée. En effet, presque jamais, quand le sommet se présente à un *bassin bien conformé* et que la tête n'a que ses dimensions normales, la rétraction utérine ne sera assez énergique pour s'opposer à l'introduction de la main ; car si cette violente rétraction existait, elle n'aurait pu se manifester qu'à la suite de contractions énergiques, qui certainement auraient engagé la tête dans l'excavation, quelle que fût sa position, et alors ce ne serait plus à la version qu'on devrait songer, mais bien au forceps.

On pourrait cependant m'opposer qu'une variété de présentation très-inclinée pourrait empêcher l'engagement de la tête, malgré des contractions très-énergiques, et qu'alors la rétraction utérine pour-

[1] Ainsi que cela a été dit.

rait être très-vive et empêcher la main de l'accoucheur de pénétrer. Mais ces inclinaisons forcées sont extrêmement rares, et même, dans la plupart des cas, je suis convaincu, et l'expérience le prouve, que la nature en triompherait. Ce n'est donc que la disproportion qui existe entre la tête et le canal qu'elle doit parcourir, qui nécessite l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur.

Cependant, dans ce cas même, l'application du forceps a des bornes au delà desquelles cet instrument devient inutile et même dangereux pour l'enfant [1] et pour la mère. Il ne faut pas que le bassin soit trop rétréci, qu'il ne soit pas trop régulier dans sa déformation, enfin que la tête irréductible n'ait pas un volume *excessif*, excepté cependant dans l'hydrocéphalie, seule circonstance où l'on puisse apprécier la grosseur de la tête avant la naissance. Dans ce cas encore, le forceps ne devrait être appliqué qu'à titre d'essai.

M. Simpson a conseillé de pratiquer la version dans les rétrécissements légers du droit supérieur [2]. J'avoue que ce ne serait que dans le bassin oblique ovalaire que je préférerais la version ; dans ces cas, le forceps me semblera toujours bien préférable ; et de ce qu'avec une main aussi exercée que celle de M. Simpson on peut arriver à extraire l'enfant avec un procédé vicieux, en faut-il conclure qu'on ne ferait pas mieux encore avec un meilleur procédé ? Je reviendrai sur ce sujet à l'article *Version*, page 668.

Baudelocque a posé la limite extrême au delà de laquelle il n'est plus permis de faire usage du forceps dans l'intérêt de la mère ; cette limite est 8 centimètres. Il a fait aussi des expériences sur le degré de réduction que la tête peut éprouver et sur les effets de cette réduction, sur la vie de l'enfant et les parties de la mère ; je suis loin d'être de tout point d'accord avec ce célèbre accoucheur sur les inductions pratiques qu'il tire de ces observations.

Pour tous les bons esprits, le forceps n'est qu'un instrument de tractions ; il réduit trop peu le volume de la tête pour lui faire franchir sans danger un bassin qui a moins de 8 centimètres ; bien plus, il m'est démontré que la compression exercée par cet instrument, en supposant même qu'elle n'augmente pas un peu le diamètre perpendiculaire à celui sur lequel elle agit, ne s'exerce jamais sur le dia-

[1] Je pourrais ne pas considérer ce pronostic par rapport à l'enfant, car toutes les opérations qu'on pourrait substituer au forceps, dans l'intérêt de la mère, compromettront nécessairement la vie du fœtus. Telles sont la perforation du crâne, la céphalotripsie ; je ne parle pas de l'opération césarienne, je me suis prononcé à son égard, jamais je ne l'emploierai à Paris tant que je pourrai pratiquer sur l'enfant une opération moins meurtrière pour la mère.

[2] *The obstetric Memoirs and Contributions*, edited by Priestley and Storer. Edinburg, 1856-1857, 2 vol. in-8.

mètre qui met obstacle à l'engagement, mais bien sur celui qui le croise. En effet, dans le cas qui nous occupe, il sera facile d'apprécier combien cette circonstance est défavorable. Ainsi, dans un rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur, qui est le plus commun, la tête se place transversalement, son diamètre bi-pariétal étant en rapport avec le diamètre antéro-postérieur, le diamètre occipito-frontal étant en rapport avec le diamètre, bis-iliaque ou transverse. Et comme le forceps ne peut être appliqué que sur les côtés du bassin, il prend la tête, du front à l'occiput (fig. 176), diminue le diamètre

Fig. 176.

occipito-frontal, qui n'a pas besoin d'être diminué, et augmente le bi-pariétal, qui aurait le plus besoin d'être réduit ; et il n'agit plus dans ce cas, bien évidemment, que comme un instrument de traction, et non en déterminant une réduction favorable à l'engagement, puisqu'il serait plutôt capable d'augmenter le diamètre bi-pariétal que de le diminuer. Cependant Baudelocque, pour prouver que le forceps réduit la tête dans le sens favorable à son engagement, suppose que dans une application de forceps au-dessus du détroit supérieur, la tête peut être prise par son diamètre bi-pariétal, et chacun s'est empressé de le répéter après lui, sans réfléchir qu'à cause de la situation transversale qu'elle affecte au détroit supérieur, rétréci le plus ordinairement d'avant en arrière, pour la prendre par son diamètre-bi-pariétal, il faudrait appliquer une branche sous les pubis et l'autre sur l'angle sacro-vertébral, ce qui n'est pas possible dans un bassin bien conformé au détroit supérieur, et ce qui se peut encore moins quand le bassin est vicié. Pour que la tête puisse être prise, dans

ce cas, régulièrement, il faudrait qu'elle se mît antéro-postérieurement (fig. 177), et tous les praticiens savent combien cette position est rare au détroit supérieur : elle ne pourrait avoir lieu que dans un bassin rétréci, qui aurait cette forme (fig. 178).

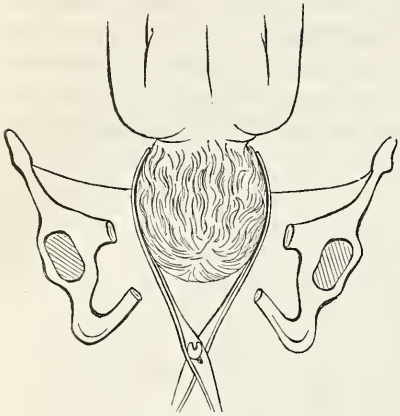


Fig. 177.

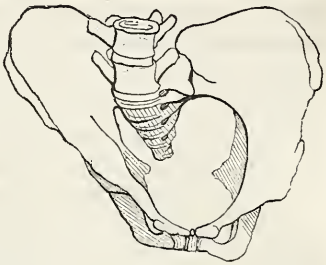


Fig. 178.

D'ailleurs, en supposant que, dans une position antéro-postérieure peu ordinaire de la tête (que cette position soit spontanée ou qu'elle ait été déterminée par l'application du forceps), le forceps puisse agir sur le diamètre bi-pariétal, ce diamètre n'a plus besoin d'être réduit; en effet, il ne peut plus mettre obstacle à l'engagement; car il n'est plus en rapport avec le diamètre antéro-postérieur rétréci, mais bien avec le diamètre bis-iliaque. C'est le diamètre occipito-frontal qui, maintenant, aurait besoin d'être réduit, puisqu'il se trouve en rapport avec le plus petit diamètre du bassin. Je raisonne toujours dans le cas d'un rétrécissement antéro-postérieur ou oblique, rétrécissement qui est le plus fréquent.

Je viens de démontrer, contrairement à ce qu'a dit Baudelocque, que presque jamais la compression de la tête ne détermine sa réduction dans le sens favorable à l'engagement; l'expérience prouve maintenant qu'il est difficile que cette compression puisse dépasser 1 centimètre sans tuer l'enfant, et souvent sans compromettre plus ou moins la vie de la mère. En effet, les tractions énergiques que l'on est obligé d'exercer sur la tête pour l'engager dans un bassin qui a moins de 8 centimètres, contondent, dilacèrent gravement les parties molles qui tapissent le cercle pelvien, et la mère succombe souvent aux suites de ces tentatives, sans que l'enfant, qui a péri victime de ces tractions, ait pu être extrait. Si donc il est nécessaire d'obtenir cette réduction pour extraire le pro-

duit, comme cette réduction doit le tuer et compromettre l'existence de la mère, il me semble bien plus rationnel, après qu'on a constaté l'étendue du bassin et qu'on a attendu le temps nécessaire, suivant la force de la femme, douze, dix-huit heures, pendant lesquelles, les contractions énergiques ont été impuissantes à déterminer l'engagement, et que l'on a tenté avec réserve l'application du forceps sans succès, de diminuer le volume de la tête par la perforation ou le céphalotribe, et de sauver la mère par ce moyen, puisque l'enfant doit périr. On doit se faire d'autant moins de scrupule d'en agir ainsi que, dans la plupart des cas, l'enfant sera mort quand on opérera.

On rapporte, il est vrai, des exemples d'accouchements spontanés au-dessous de 8 centimètres; j'ai pu extraire une petite fille qui a vécu, bien que le bassin fût aussi rétréci; mais ces observations, qui sont extrêmement rares, ne prouvent qu'en faveur des ressources infinies de la nature, mais ne doivent pas du tout servir d'appui à ceux qui conseilleraient de s'efforcer d'extraire quand même la tête d'un enfant à terme à l'aide du forceps et dans un bassin qui n'aurait pas 8 centimètres.

En effet, de ce que des contractions énergiques, soutenues, ont pu, en s'exerçant pendant un, deux, trois jours, engager la tête arrêtée au détroit supérieur qui avait moins de 9 centimètres, est-ce une raison pour que l'art puisse et doive tenter d'agir dans le même sens? Non, sans doute; dans le premier cas, si des enfants ont pu quelquefois être expulsés vivants, c'est que la compression qui résulte des contractions utérines est douce, lente, continue, et n'exerce pas sur le cerveau une aussi fâcheuse influence que cette compression rapide, instantanée, qui est la conséquence des tractions énergiques qu'on exerce à l'aide du forceps, et qui tue toujours l'enfant.

Et alors, dans quel but insister sur une application de forceps qui doit tuer l'enfant et compromettre gravement la vie de la mère, et qui, dans la plupart des cas, sera inutile.

On ne serait excusable d'agir ainsi, que lorsque le vice de conformation ne pourrait être constaté facilement, ce qui n'est guère admissible quand le rétrécissement est aussi prononcé; et dans le cas où un rétrécissement moins considérable coïnciderait avec un excès de volume de la tête [1], circonstance que, excepté le cas d'hydrocé-

[1] Dans aucun cas, on ne pourra apprécier, par le rapprochement des manches de l'instrument, quel est le degré de constriction qu'on exerce sur la tête, car si le forceps est mal trempé, les manches peuvent se toucher en se faussant, sans que pour cela les cuillers se soient rapprochées l'une de l'autre dans la même proportion. Cette

phalie, il n'est pas possible d'apprécier ; mais, alors, on ne tarderait pas à se convaincre, par les efforts que l'on serait obligé de faire, et par insuffisance des contractions utérines, que l'obstacle est dû à un volume considérable de tête qu'il ne sera pas possible de réduire, à moins qu'on ne la perfore ou qu'on ne l'aplatisse.

§ 7. — Accidents qui peuvent résulter de l'application du forceps.

Les accidents qui se rencontrent après l'application du forceps peuvent en être la conséquence, quoique l'instrument soit dirigé par une main habile, ou bien ils sont le résultat de l'inexpérience de l'opérateur.

Dans la première classe, il faut ranger les contusions des parties molles qui tapissent la marge du détroit supérieur, la déchirure du col utérin, l'érosion, l'arrachement de la muqueuse vaginale, la déchirure du périnée, la mort du produit, qu'elle soit le résultat de la compression du cerveau, ou qu'elle ait été déterminée par la procidence du cordon et la compression de cet organe, conséquence si fréquente. (D'après quelques relevés, sur cinq applications de forceps au-dessus du détroit supérieur, deux fois au moins la procidence du cordon se manifeste. Je l'ai rencontrée deux fois sur trois.)

Quant aux fistules vésico, urétro et recto-vaginales, que l'on a si souvent attribuées au forceps, je ne puis les regarder toujours comme étant des conséquences ordinaires de l'application de cet instrument, même quand cette application n'a pas été irréprochable. En effet, on observe bien plus souvent ces accidents à la suite des accouchements qui se sont terminés spontanément qu'à la suite de ceux qui ont nécessité l'intervention de l'art ; ils sont déterminés par le séjour trop longtemps prolongé, de la tête au détroit supérieur, par la pression qu'elle exerce sur les parties, qui sont d'abord contuses, puis tombent en gangrène. Aussi, quand ces lésions se manifestent après une application de forceps, on serait encore plus en droit de les attribuer à la pression que la tête a longtemps exercée sur les parties avant l'opération, parce qu'on a laissé le travail se prolonger trop longtemps, qu'on a eu recours au forceps trop tard, qu'à celle qui a été le résultat des tractions faites avec l'instrument, ou de la direction vicieuse donnée aux cuillers au moment de leur introduction.

La deuxième classe comprend la perforation du cul-de-sac du vagin, à l'aide de l'extrémité d'une cuiller mal conduite et poussée avec trop de violence, accidents des plus formidables, car l'instru-

réduction est en outre très-limitée et très-variable ; elle est, en effet, subordonnée à la solidité des os et des sutures et à la manière dont la tête est saisie.

ment pénètre dans la cavité péritonéale, la déchirure de l'utérus, les contusions de la marge du détroit supérieur dans les cas où l'application du forceps n'aurait pas dû être tentée avec insistance. La déchirure du sphincter de l'anus, d'une partie du rectum : tous accidents plus ou moins fâcheux, et dont j'aurai à m'occuper dans les suites de couches.

Il s'en faut de beaucoup que ces accidents puissent être envisagés au même point de vue que les précédents. J'ai déjà, en 1843 [1], fait ressortir la différence qui existe entre ces lésions, suivant la cause qui les a produites.

Ainsi, à l'occasion du mémoire publié par MM. les docteurs Pereira et Lasserre [2] sur des lésions de ce genre constatées à l'hospice de la Maternité, j'établissais que si les contusions et les déchirures du tissu utérin peuvent être quelquefois attribuées à l'impéritie de l'accoucheur quand elles sont étendues et profondes, celles qui se bornent au col utérin sont en général la conséquence du passage du fœtus à travers l'orifice, que ce passage ait eu lieu artificiellement ou spontanément. Tout le monde sait, en effet, que ces lésions sont si communes et en général si peu graves, qu'elles ont été invoquées par les auteurs comme un signe de primiparité ; je n'ai pas non plus partagé leur avis en ce qu'ils ont toujours attribué la mort des femmes à ces lésions quand l'autopsie a mis à même de les constater. Quant aux lésions du corps de l'utérus, il est bien rare qu'elles puissent être considérées comme une conséquence forcée de l'intervention ; il est bien plus ordinaire de les voir suivre une intervention mal dirigée ; comme les lésions du vagin, elles doivent être divisées en deux classes : celles qui ont pu être la conséquence de l'intervention, même habilement dirigée. Ce sont celles qui résultent de l'arrachement de la muqueuse au moment de l'engagement forcé de l'enfant dans le canal pelvien ; elles se sont effectuées de haut en bas, par tractions ; elles sont peu profondes en général, et ne sont pas graves.

Celles, au contraire, qui ont été déterminées par des efforts exercés de bas en haut, ont été évidemment produites par l'introduction des branches du forceps, abandonnées à elles-mêmes, mal dirigées et poussées avec trop de violence. Ces dernières sont de la plus grande gravité.

Doit-on tirer de ces faits si instructifs les conclusions qu'en tirent MM. Pereira et Lasserre? doit-on, avec ces auteurs, regretter dans

[1] *Annales d'obstétrique*, mars 1843.

[2] *Archives générales de médecine*, 4e série, t. I. Janvier 1843.

ces cas qu'on ait eu recours à l'intervention ? Non, sans doute ; car cette intervention était indiquée ; mais ce qu'il faut déplorer, c'est qu'on n'ait pas fait usage du procédé F. Hatin : aucun de ces désordres ne serait très-probablement produit, et cette méthode, qu'on a osé qualifier d'inexécutable et de dangereuse, aurait facilité ces opérations si laborieuses, et surtout les aurait rendues d'une innocuité parfaite. Je compte encore, à l'occasion du céphalotribe, m'appuyer sur d'autres observations pour assigner à ce procédé la place qu'il doit avoir dans la pratique.

Les contusions de la marge du détroit supérieur peuvent aussi être attribuées à des tractions trop énergiques et trop longtemps continuées, dans des bassins trop rétrécis pour que le foreps seul puisse suffire. Mais il faut bien savoir aussi quelle peut être la conséquence d'une application du forceps simple et d'une extraction facile et rapide. La déchirure du périnée ne pourra pas toujours être évitée ; cependant, à l'aide d'une extrême lenteur dans le dégagement et d'une incision latérale de cette partie, on l'évitera souvent, et surtout jamais le sphincter de l'anus ne sera compromis.

Du levier.

Le levier, inventé par Roonhuysen, qui longtemps en fit un secret qu'il exploita à son profit, tombé dans le domaine public, fut bientôt oublié quand le forceps parut. En effet, ce dernier instrument remplace bien plus avantageusement le levier, dans les cas où le levier était seul appliqué. Une des branches du forceps constituant en outre le levier lui-même, cet instrument isolé à fini par disparaître insensiblement de la trousse de l'accoucheur, bien qu'on puisse quelquefois avec une seule cuiller du forceps, dans la variété de présentation frontale, abaisser l'occiput et corriger ainsi cette variété. Bien que dans l'excavation, à l'aide d'une seule branche de forceps, on puisse souvent compléter le mouvement de rotation de la tête restée diagonale, ou enfin déterminer son expulsion dans la position occipito-sous-pubienne, en introduisant une seule branche dans la concavité du sacrum, avec laquelle on ferait effort sur la tête, de bas en haut et d'arrière en avant, j'avoue que je donne la préférence au forceps : le résultat est plus certain et l'opération plus inoffensive pour la mère.

ARTICLE II.

DE LA VERSION.

La version est une opération par laquelle l'accoucheur se propose de ramener au détroit supérieur une des deux extrémités du fœtus,

la tête ou l'extrémité pelvienne. De là deux espèces de versions : *version céphalique, version pelvienne.*

Les anciens, pénétrés de cette fausse idée que l'accouchement ne pouvait se terminer favorablement pour la mère et pour l'enfant que dans les cas où le fœtus se présente par la tête, avaient posé en principe qu'il fallait faire tous ses efforts pour ramener le sommet au détroit supérieur.

Depuis Hippocrate jusqu'à Celse, la version céphalique fut exclusivement *conseillée*, je ne dirai pas *pratiquée.*

Celse, frappé les difficultés souvent insurmontables qu'on éprouvait dans la pratique de cette opération, et des dangers qu'elle faisait courir à la mère, osa recommander l'extraction du fœtus par l'extrémité pelvienne, mais seulement quand celui-ci avait cessé de vivre. Ces préceptes prévalurent jusqu'à Ambroise Paré[1], et surtout jusqu'à Guillemeau, son élève. Ce furent eux qui, les premiers, conseillèrent la version pelvienne, même sur l'enfant vivant. L'expérience a depuis consacré l'excellence de ce précepte, et cette pratique a été ensuite universellement adoptée.

La version céphalique était complétement tombée dans l'oubli, lorsqu'à la fin du dernier siècle, Flamant, en France, Osiander, en Allemagne, cherchèrent à la remettre en honneur; ils se fondaient sur ce que l'accouchement par le sommet est plus favorable que l'accouchement par l'extrémité pelvienne; et pour faire prévaloir leur opinion, ils exagéraient les difficultés et les dangers de l'extraction du produit par les pieds, et les avantages de la version céphalique.

Si l'on peut reprocher aux Allemands, et chez nous à MM. Velpeau et Colombe, d'avoir voulu trop généraliser cette pratique, on est aussi forcé de convenir qu'elle a été trop sévèrement jugée par Baudelocque, madame Lachapelle et la plupart des accoucheurs modernes. Si le principe sur lequel se fondent les fauteurs de la version céphalique n'est pas entièrement vrai (comme je le démontrerai), si cette opération n'est pas applicable à tous les cas, si elle est environnée de difficultés et de dangers qu'on ne rencontre pas dans la version pelvienne, si cette dernière doit lui être préférée quand il est possible de choisir l'une ou l'autre, il n'en demeure pas moins certain qu'elle est appelée à rendre d'utiles services dans certains cas.

Mais ce n'est pas ici le lieu de s'occuper de ce parallèle : cette

[1] *Œuvres complètes*, nouvelle édition publiée par J. F. Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 702.

discussion doit trouver bien mieux sa place à l'occasion des présentations du tronc, où la version céphalique doit être spécialement pratiquée.

Dans la présentation du sommet qui nous occupe en ce moment, il ne s'agit pas de ramener la tête au détroit supérieur, puisqu'elle occupe ce détroit ; c'est à la version pelvienne qu'on doit uniquement avoir recours pour extraire le produit.

§ 1. — Version pelvienne.

On se propose, dans la version pelvienne, de ramener au détroit abdominal les pieds ou les genoux de l'enfant, et d'extraire le produit à l'aide de tractions exercées sur ces parties.

Conditions nécessaires.

Pour que la version pelvienne puisse être pratiquée, il faut, 1° qu'il n'y ait pas de disproportion entre la tête du produit et le détroit supérieur, que le bassin, en un mot, ne soit pas rétréci, ou s'il est mal conformé, qu'il ne le soit pas trop, et surtout qu'il ne soit pas régulièrement petit dans sa déformation.

On comprend de même qu'un cas d'hydrocéphalie serait une contre-indication formelle.

Tous les accoucheurs se sont accordés jusqu'à ce jour à regarder les vices de conformation comme un motif d'exclusion de la version pelvienne, à tel point que quelques-uns ont conseillé d'insister dans ces cas, plus qu'on ne le doit à mon avis, sur la version céphalique, quand la tête, dans les vices de conformation, n'occupe pas le détroit supérieur. C'est assez dire combien ces accoucheurs redoutaient la version pelvienne faite dans un bassin rétréci ; cette opération n'était tout au plus autorisée que lorsque le bassin présentait cette disposition oblique ovalaire qui a été décrite par M. Nægelé [1], parce que dans cette forme particulière, en engageant le produit vers le côté amplifié, on pouvait, avec de l'habitude, extraire le produit plus facilement pour l'accoucheur et plus favorablement pour la mère et pour l'enfant même, que par l'application du forceps au détroit supérieur, qui est, comme on le sait, difficile pour l'accoucheur peu expérimenté, et dangereuse pour l'enfant, qui peut aussi compromettre les jours de la mère si l'instrument est mal dirigé. Les choses en étaient là, quand M. Simpson, d'Édimbourg, vint, dans ces derniers temps, poser des principes tout à fait

[1] *Des principaux vices de conformation du bassin*, trad. avec des additions, par A. Danyau. Paris, 1840, grand in-8.

opposés ; il conseille la version pelvienne dans tous les cas de rétrécissement du bassin présentant des dimensions supérieures à 7 centimètres. L'autorité de cet accoucheur si justement célèbre, et dont la parole est de nature à entraîner, impose à l'homme de l'art, qui regarde comme dangereuse la version pelvienne, admise comme règle générale dans les vices de conformation, l'obligation d'exposer les raisons et les faits qui tendent à faire proscrire la version pelvienne dans ces cas, et bien que M. Simpson cite aussi des faits à l'appui du principe qu'il cherche à faire prévaloir, et certes, des faits qui émanent d'une semblable source ne peuvent être contestés ; mais ils sont cependant bien loin d'avoir l'autorité qu'on pourrait leur attribuer, car de ce qu'un praticien aussi habile a pu, même avec un mauvais procédé, obtenir de meilleurs résultats qu'une main moins exercée, bien qu'elle se servît d'un bon procédé, en faut-il conclure que le procédé suivi par la main exercée est le meilleur? Non, sans doute. Et j'espère prouver (bien qu'on ait dit *brutal comme un fait*) que ces faits ne sont pas sans réplique.

Il s'agit de substituer à une méthode généralement consacrée par l'expérience un autre procédé qu'on voudrait aussi faire adopter d'une manière générale ; voyons si ce dernier procédé, la version pelvienne, dans les vices de conformation du bassin, peut être conseillé généralement.

Que M. Simpson, que d'autres mains habiles puissent, dans la plupart de ces cas, tirer la mère d'affaire par la version pelvienne sans lui faire courir de dangers sérieux, c'est ce qu'on ne peut contester, c'est ce que les faits cités par M. Simpson obligent d'admettre, c'est ce que les accoucheurs constatent chaque jour lorsque, la version ayant été faite intempestivement, ils sont appelés pour délivrer la mère ; mais en serait-il de même pour tous les cas et pour tous les praticiens? et ce précepte, conseillé à la généralité des accoucheurs et des sages-femmes, ne deviendrait-il pas souvent une arme meurtrière pour la mère? Cela ne me paraît pas douteux.

Maintenant, quant à l'enfant, il est bien certain que ce procédé compromettra presque toujours sa vie, quelque habile que soit la main de l'opérateur. Les faits observés chaque jour dans la pratique des hôpitaux et de la ville m'en ont donné la conviction, et cette conviction sera partagée par tout observateur non prévenu qui voudra se rendre un compte exact des lois qui régissent le passage de l'enfant à travers un bassin vicié, et des faits si nombreux qui viennent appuyer ces lois.

En effet, dans un bassin vicié la tête de l'enfant est la partie qui

donnera les difficultés les plus sérieuses ; qu'elle se présente la seconde après l'extraction du tronc, ou la première spontanément, il faudra toujours qu'elle franchisse le détroit supérieur. Le franchira-t-elle plus facilement et par conséquent plus favorablement si elle se présente après le tronc, ou si elle occupe le détroit supérieur en premier lieu ? Toute la question est là.

Si la tête se présente la première, que se passe-t-il ? Si elle est réductible, petite, si les contractions utérines sont énergiques, l'expulsion du produit peut avoir lieu spontanément, circonstance éminemment favorable à la mère et à l'enfant. Cette terminaison spontanée n'est pas rare à un degré peu prononcé de rétrécissement ; elle se rencontre même quelquefois au-dessous de 9 centimètres.

Maintenant, si la nature est insuffisante à déterminer l'expulsion, l'art est obligé d'intervenir ; mais il ne le fait que lorsque cette insuffisance est bien constatée, et alors c'est au forceps qu'il faut avoir recours. Cet instrument permettra souvent d'avoir l'enfant vivant au-dessus de 9 centimètres, quelquefois même (quoique cela soit très-rare) au-dessous de cette dimension, et si l'instrument est appliqué convenablement, si les tractions sont exercées avec mesure, le forceps sera le plus ordinairement inoffensif pour la mère.

Si le volume trop considérable de la tête, si son ossification avancée ou le rétrécissement trop prononcé rendent l'extraction à l'aide du forceps impossible, après avoir exercé des tractions assez énergiques pour prouver l'insuffisance de l'instrument, mais cependant compatibles avec la sûreté de la mère, on cesse les tractions, et s'armant de résolution, on se résigne à diminuer le volume du produit pour délivrer la mère ; jusque-là les procédés employés ont pu permettre de ménager la vie de l'enfant ; mais continuer plus longtemps les tractions à l'aide du forceps, c'est à coup sûr tuer l'enfant, et par suite des contusions que les tractions feraient éprouver aux parties molles qui tapissent le détroit supérieur, enlever aussi à la mère des chances de salut que la perforation du crâne et même que la céphalotripsie lui donneront presque certainement.

Cette perforation du crâne sera des plus faciles : une suture, une fontanelle, et à leur défaut les os du crâne céderont facilement sous les ciseaux de Smellie ; la main la moins exercée, pourvu qu'elle agisse aussi perpendiculairement que possible à la tête, pratiquera toujours cette opération avec sûreté. J'ai coutume, dans ce cas, de ne jamais retirer le forceps, d'opérer la perforation dans les mors de l'instrument ; puis, la perforation achevée, le forceps sert à réduire la tête, à l'engager et à l'extraire. Enfin, quoiqu'il soit rare de se voir obligé de recourir au céphalotribe au-dessus de 7 centimè-

tres), si cependant l'excès de volume de la tête et de sa résistance mettaient dans cette obligation, on aurait à faire une opération assez délicate. L'instrument est plus difficile à bien guider que le forceps, si on se sert des procédés ordinaires; mais avec le procédé F. Hatin, les difficultés disparaissent en grande partie, et dans l'immense majorité des cas, on peut encore sauver la mère par cette opération.

Qu'arriverait-il maintenant si l'on pratiquait la version pelvienne dans ces cas?

Rien n'est laissé à la nature, souvent inoffensive pour l'enfant et pour la mère dans les circonstances où elle se suffit à elle-même, et ces circonstances sont fréquentes à un degré peu prononcé de rétrécissement; elles se rencontrent quelquefois aussi lorsqu'on est le moins en droit d'attendre une terminaison spontanée. L'expérience de chaque jour oblige à admettre cette vérité. Eh bien! sans tenir compte de cette espérance l'accoucheur ira, dès le début du travail, se substituer à la nature, et je dis dès le début du travail, car à une époque plus avancée, la version ne pourrait plus être pratiquée le plus ordinairement sans violences plus ou moins préjudiciables à la mère et mortelles pour l'enfant. Mais avant de pratiquer cette version on aura dû établir par une mensuration exacte du bassin la nécessité de l'opération. Et d'abord cette mensuration donnera-t-elle des résultats assez exacts pour qu'on puisse à l'avance statuer d'une manière certaine sur la nécessité de l'intervention?

Certes il est possible, dans la plupart des cas, de déterminer d'une manière précise l'étendue d'un bassin rétréci. Déjà, à première vue, l'inspection des jambes du sujet viendra fournir des indications précieuses : ainsi, suivant la loi posée par MM. Bouvier et Jules Guérin, loi que pas un seul fait n'est venu démentir, si les jambes sont incurvées, le bassin est nécessairement mal conformé. Mais le bassin peut être rétréci, les membres inférieurs étant parfaitement droits; de plus, il est des circonstances où cette fixation exacte des diamètres échappe à tous les moyens d'investigation. Enfin, quand bien même cette appréciation des dimensions du bassin aurait été faite, on ne serait pas encore pourvu de toutes les connaissances qui peuvent permettre d'établir le pronostic.

En effet, la configuration du bassin peut exercer une grande influence sur les résultats de l'accouchement, et cette configuration n'est pas toujours facile à déterminer exactement. Le degré d'énergie des contractions utérines, le volume de la tête de l'enfant, sa réductibilité, toutes circonstances dont la connaissance serait cependant indispensable pour établir le pronostic, tant leur influence est grande sur le résultat de l'accouchement, ne peuvent jamais

être appréciés à l'avance. Les gens les plus exercés manqueront donc souvent d'éléments suffisants pour se guider au milieu de ces difficultés, et il arrivera qu'en donnant comme un précepte général de faire la version dans ces cas, on exposera les accoucheurs à intervenir souvent quand la nature se serait suffi à elle-même, et on mettra ce procédé dans les mains de tous les opérateurs, qui seront souvent inhabiles à apprécier l'opportunité de l'application du procédé. La version est d'ailleurs si facile à tenter, et comme elle est en outre du ressort de la sage-femme, elle serait pratiquée dans tous les rétrécissements du bassin indistinctement, jusqu'à ce que de tristes et trop nombreux enseignements aient fait rentrer dans la bonne voie. Les accoucheurs, moins exclusifs que M. Simpson, auraient beau spécifier les cas qui excluent l'usage de la version, ils auraient beau ne conseiller cette version que lorsque le bassin a gagné d'un côté ce qu'il a perdu de l'autre, ces appréciations minutieuses de configuration du bassin échapperaient au plus grand nombre, et la version serait pratiquée dans les circonstances qui se prêtent le moins à son exécution. Que de fois n'avons-nous pas vu amener à l'hôpital des femmes chez lesquelles la tête de l'enfant était encore retenue dans le bassin, le tronc ayant été depuis longtemps extrait et ayant résisté à des tractions énergiques ! Que de fois, en ville, n'avons-nous pas été appelé pour délivrer des femmes placées dans cette fâcheuse position ! Les conséquences d'une version faite dans de semblables circonstances sont incalculables.

Les accoucheurs mieux inspirés qui, dans ces cas, avant de faire la version, voudront au moins constater l'insuffisance des contractions utérines, ne pourraient tenter cette opération que lorsque le retrait de l'utérus rendrait la version difficile, dangereuse, souvent impossible ; et alors ils seront obligés d'y renoncer. Et ceux qui, moins bien avisés, persisteront, auront souvent, avec l'insuccès, les plus grands malheurs à déplorer, la rupture du vagin et celle de l'utérus.

Mais supposons qu'on ait agi dès le début, et c'est ce qui arriverait le plus ordinairement, si cette méthode prenait quelque crédit.

Le premier temps de la version sera facile, en général ; l'extrémité pelvienne franchira le détroit supérieur sans grandes difficultés, quelquefois très-facilement ; mais il faut alors dégager rapidement les bras. Ici commencent les difficultés. Cette opération, qui devait, dans l'intérêt de l'enfant, être pratiquée avec promptitude, ne peut être effectuée dans un bassin vicié qu'avec difficulté, et le premier retard dans l'extraction de l'enfant déterminera déjà bien souvent sa mort ; mais supposons le dégagement effectué sans

que la vie de l'enfant ait été compromise. La tête s'arrête au détroit supérieur; nouveau retard, nouvelle chance de mort pour l'enfant.

Alors, ou la tête se place transversalement (c'est ce qui arrive le plus ordinairement dans les vices de conformation par aplatissement antéro-postérieur, les plus communs aussi), et le plus grand diamètre de la tête occipito-mentonnier, 13 centimètres, se met en rapport avec le diamètre transverse du bassin, qui a moins de 13 centimètres dans le bassin normal, et qui, ici, a le plus souvent beaucoup moins. Qu'on juge alors des difficultés de l'engagement : il faudra exercer sur la tête des tractions presque toujours meurtrières pour l'enfant, et le plus ordinairement cet engagement ne pourra être effectué. Nous verrons dans un instant ce qu'il convient de faire alors.

Si, ce qui est rare, la tête prenait une mauvaise direction, la main devrait pénétrer jusqu'au détroit supérieur et ramener la tête transversalement; cette opération exige une main adroite et très-petite. Ces conditions sont si rarement réunies que quelques accoucheurs ont mis en doute la possibilité de cette réduction de position si heureusement pratiquée cependant par madame Lachapelle, et depuis par quelques autres accoucheurs.

Supposons encore cette réduction opérée, souvent alors l'accoucheur fera de vains efforts pour déterminer l'engagement, et il sera obligé d'y renoncer.

Recourrait-il au forceps? Cet instrument n'est pas applicable sur la tête quand le tronc bouche l'excavation; il ne peut l'être qu'après qu'un allongement du cou a permis au tronc de franchir la vulve, et cet allongement déterminera certainement la mort de l'enfant : c'est alors seulement, lorsque l'enfant a cessé de vivre, que le forceps doit être appliqué; mais il peut être insuffisant, si la tête est volumineuse et irréductible, et l'accoucheur se voit dans la nécessité de réduire le volume de l'enfant. Dans ces cas, comme je le dirai, je compte si peu sur le forceps, que je préfère perforer la tête et épargner à la mère les douleurs et, je dirai, les dangers de cette application.

Mais là, plus de fontanelle, plus de sutures faciles à perforer, et à leur défaut plus d'os du crâne peu résistants; c'est par la base du crâne qu'il faut agir, et l'opération est alors délicate, difficile et dangereuse si elle est pratiquée par une main peu exercée. Je ne me suis, dans ce cas, constamment trouvé bien que d'un seul procédé, qui consiste à abaisser la mâchoire inférieure de l'enfant et à faire pénétrer les ciseaux de Smellie par la voûte palatine. Ce procédé qui m'appartient est d'une sûreté et d'une innocuité parfaites. (Voyez

l'article *Perforation du crâne* et la figure 147 que j'ai dessinée pour ce procédé.)

Cette perforation suffira le plus ordinairement, aidée des tractions qu'on exercera sur le tronc ; mais, s'il en était autrement, et si la base du crâne devait être réduite par le céphalotribe, cette opération sera d'une exécution moins facile quand le tronc a été extrait le premier. Je sais bien qu'on a donné dans ce cas le précepte de séparer le tronc de la tête; mais bien que cela soit infiniment rare, cette section du cou peut donner lieu à de telles difficultés, à des accidents si redoutables pour la mère, que pour rien au monde je ne me déciderais à la pratiquer. Et d'ailleurs, si l'introduction des branches est plus difficile quand le tronc obstrue en partie l'excavation, la tête peut être saisie bien plus facilement, parce que, par des tractions exercées sur le tronc, on fixe la tête sur le détroit supérieur, tandis que la mobilité excessive de la tête, abandonnée dans l'utérus, crée des difficultés souvent insurmontables par des moyens compatibles avec le salut de la mère.

Supposons maintenant (et nous devons le faire) une main volumineuse et inhabituée aux prises avec de semblables difficultés; supposons que des tractions violentes pour extraire la tête amènent la détroncation, ce qui n'arrive que trop souvent, et vous jugerez des tortures infligées à la mère et des dangers que lui feront courir bien souvent des efforts impuissants. On ne manquera pas d'objecter à tout ceci que le forceps lui-même est loin d'être inoffensif pour l'enfant, et quelquefois pour la mère, cela est vrai ; mais, outre qu'il y a déjà une grande différence entre ces deux procédés, et que l'avantage est tout au forceps dans ces cas, abstraction faite de toutes circonstances accessoires, ces circonstances suffiraient seules à faire préférer le forceps. En effet, on n'intervient avec le forceps qu'après avoir laissé à la mère et à l'enfant les chances d'un accouchement spontané, alors qu'il est bien démontré que la nature est insuffisante. Les quelques faits très-rares d'enfants vivants extraits par la version pelvienne, ceux même qui sont cités par le célèbre accoucheur d'Édimbourg, se rapportent presque tous à des cas où le bassin, vicié dans sa forme, ne l'était pas dans tous ses diamètres, où les enfants avaient la tête petite et réductible ; mais combien d'autres faits ne sont-ils pas observés chaque jour dans lesquels une appréciation exacte de la forme du bassin n'ayant pas été faite, ou, quoique le bassin ait été bien mesuré, le volume de la tête, son irréductibilité, sont venus créer les difficultés les plus sérieuses !

L'excellent ouvrage de madame Lachapelle contient quelques-

uns de ces faits ; la pratique de M. P. Dubois en offre de nombreux. Que de fois j'ai été moi-même appelé dans les mêmes circonstances, l'enfant était mort, la mère exténuée, tandis que le forceps, appliqué en temps utile, aurait amené un bien autre résultat.

L'orifice doit être assez dilaté et assez dilatable, non-seulement pour permettre l'introduction facile de la main, mais même l'extraction facile des parties fœtales. En effet, dans la version pelvienne, le produit représente un cône dont le sommet s'engage avant la base, et dont les parties qui se présentent successivement à l'orifice deviennent de plus en plus volumineuses. Si donc l'orifice est incomplétement dilaté, les premières parties, les pieds s'engageront facilement; mais les épaules et la tête opposeront une résistance plus ou moins grande à l'orifice, et alors, pendant le temps qui s'écoulera jusqu'à ce que cette résistance soit vaincue, l'enfant pourra périr victime de la compression du cordon.

3° Enfin, la tête ne devra pas être trop engagée dans l'excavation, et surtout elle ne doit pas avoir franchi le col utérin; car si elle était aussi profondément engagée, quand bien même elle n'aurait pas franchi l'orifice, on éprouverait de grandes difficultés à la repousser au-dessus du détroit supérieur, et si elle a franchi l'orifice, jamais il ne sera possible de restituer à l'utérus une partie aussi volumineuse que la tête, une fois qu'elle en aurait été chassée, sans s'exposer à détruire les rapports naturels qui unissent le vagin à l'utérus et à rompre l'utérus lui-même.

Précautions préliminaires.

Une fois la version résolue, on dissimule avec soin à la femme l'importance de l'opération qu'on va pratiquer; on lui dit qu'on n'a qu'une légère modification à apporter dans la situation du produit, et on la rassure sur les conséquences qu'elle peut avoir pour elle et pour son enfant; mais jamais l'accoucheur ne devra attendre, pour pratiquer la version, que la patiente y ait *consenti* [1]. En effet, quand il se décide à pratiquer une opération d'où dépendent souvent immédiatement le salut de la mère et celui de l'enfant, l'accoucheur ne doit pas demander l'assentiment de la malade, car toujours cette autorisation sollicitée d'elle lui inspirerait les plus grandes craintes, et souvent alors elle se refuserait formellement à l'opération. Il doit être le seul juge en pareille circonstance. Mais s'il est utile, indispensable même de laisser ignorer à la femme ce qu'on

[1] Ce conseil est une des puérilités qui fourmillent dans certain ouvrage, et dont la sagacité de mes lecteurs aurait certainement fait justice.

se propose de faire, il est tout aussi important de faire connaître secrètement aux assistants par avance les dangers auxquels la mère, et l'enfant surtout, peuvent être exposés ; cela ne change rien au résultat, mais cette conduite a le grand avantage de mettre la responsabilité de l'accoucheur à l'abri. On est beaucoup moins porté à lui attribuer un accident dont il a annoncé la possibilité par avance ; mais il faut mettre une grande réserve dans cette communication, pour ne pas porter dans l'esprit des assistants un trouble qu'ils dissimuleraient mal et qui pourrait inspirer des craintes à la patiente.

Cela fait, on s'assure que tout ce qui sera nécessaire pour ranimer l'enfant, en cas de besoin, est bien disposé à l'avance et à la proximité d'une fenêtre facile à ouvrir (eau froide, eau chaude, vinaigre, serviettes, plume garnie de ses barbes, etc., etc.). Puis on prépare tout ce qui pourrait être nécessaire pendant l'opération ; un corps gras quelconque, le cérat de préférence si l'on peut s'en procurer, sinon du saindoux. Ces substances sont plus propres à faciliter l'introduction de la main que l'huile ; enfin des serviettes, un lacs de laine et de petites compresses ; il faut veiller à tous ces apprêts indispensables, avec l'apparence du plus grand calme, pour ne pas inspirer de crainte à la femme ; il est utile même de s'occuper de tous ces petits soins avant de lui faire pressentir qu'on va être obligé d'intervenir.

Enfin, toujours avec le moins d'apprêt possible, on place la femme convenablement, et l'on assigne à chaque aide la situation qu'il doit occuper et les fonctions qu'il doit remplir.

La situation à donner à la femme est la même que pour l'application du forceps au détroit supérieur ; elle est assise en travers de son lit, le siége placé sur le bord du matelas, sous lequel on aura engagé une planche ou un registre ; ses pieds seront soutenus sur les genoux de deux aides, assis de chaque côté du lit. Elle sera appuyée sur des oreillers qu'on aura soin d'entasser entre son dos et la muraille ; un aide sera placé à ses côtés, autant pour l'encourager et lui donner les soins qu'elle peut réclamer pendant l'opération, que pour la maintenir en cas de besoin. Tout cela doit être fait avec promptitude, avec calme et sans confusion ; on ne saurait trop insister sur cette précaution. Simplifier et faire passer, pour ainsi dire, inaperçus ces préparatifs, tel est le point où tous les efforts de l'accoucheur doivent tendre.

Il doit ensuite ôter son habit, à moins qu'il n'ait des manches assez larges pour qu'elles puissent être retroussées jusqu'au-dessus du coude ; c'est ainsi que le vêtement de l'accoucheur devrait toujours être disposé, cela éviterait à la femme l'appréhension que lui

inspire cette mise bas de l'habit. On a beau lui en demander l'autorisation en prétextant la chaleur qu'il fait chez elle, elle est rarement dupe de ce subterfuge.

D'une autre part, on ne doit jamais se contenter de retrousser sa manche incomplétement, car il est nécessaire que l'avant-bras soit entièrement nu, non pas parce qu'on sera toujours forcé de l'introduire en entier dans les organes, mais parce que, si cela devenait indispensable, la manche de l'habit gênant l'introduction du bras, il faudrait retirer ce bras pour le découvrir en entier et l'introduire de nouveau.

Cette circonstance aurait le triple inconvénient de faire souffrir la femme, de ralentir l'opération, et d'inspirer quelques doutes sur l'habileté de l'opérateur.

La position de l'enfant doit ensuite être reconnue, et par le toucher, et à l'aide de l'auscultation et du palper abdominal, si le toucher ne pouvait suffire à éclairer le diagnostic. En effet, c'est sur la connaissance de la position qu'est basé le choix de la main.

Il ne faut pas croire cependant qu'il soit nécessaire de distinguer une position antérieure d'une postérieure ; cela est complétement inutile. Il suffit de savoir que l'occiput et le dos sont à gauche, ou qu'ils sont à droite ; car ces deux circonstances seules feront varier le choix de la main. Quand l'occiput sera à gauche, et qu'il soit en arrière ou en avant, la main gauche devra être employée. Quand il sera à droite, soit en avant, soit en arrière, ce sera la main droite qui devra être choisie.

Ce choix est utile, en ce qu'il permet à la main, dont la paume regarde la partie antérieure du produit, de pénétrer plus facilement jusqu'aux parties qu'elle veut saisir ; en ce qu'il facilite le mouvement de flexion de l'enfant, sur son sens antérieur, condition indispensable pour que la version puisse être pratiquée sans s'exposer à compromettre la vie de l'enfant et sans léser l'utérus.

Mais cependant, il faut savoir que le choix de la main n'est pas d'une rigoureuse nécessité, et que, de l'inobservance de ce précepte il ne doit pas toujours résulter des inconvénients graves. Chacun sait, au contraire, que lorsque le fœtus est mobile, ce qu'on rencontre surtout quand les membranes sont intactes au moment où l'on pratique la version, cette opération peut tout aussi bien être exécutée avec une main qu'avec l'autre. Cette main, qui jouit alors d'une grande liberté, peut en effet aller très-facilement à la recherche des parties qu'elle veut saisir.

Aussi, dans le cas où il aura été impossible de reconnaître la position, par suite de l'intégrité des membranes et des difficultés de

l'auscultation, on ne devra pas désespérer du succès de l'opération. On introduira la main droite, dont l'usage est plus familier, et dans la plupart des cas où elle n'aurait pas dû être introduite, on réussira presque aussi bien que si l'on eût pu faire le choix rigoureux.

Après la rupture des membranes, une bosse sanguine peut masquer la position ; il se peut aussi, que l'agitation de la femme s'oppose à ce que l'auscultation puisse éclairer l'accoucheur. Dans ce cas encore, il introduira la main droite. Mais si cette main, gênée par la rétraction utérine et ne se trouvant pas en rapport avec le plan antérieur du produit, ne pouvait pas facilement revenir se placer sur le plan antérieur pour saisir les pieds ou les genoux, on en serait quitte pour la retirer et réintroduire l'autre. Néanmoins, je dois autant que possible insister sur ce choix : occiput à gauche, main gauche ; occiput à droite, main droite.

On graisse ensuite tout l'avant-bras et la surface dorsale de la main seulement. En effet, les parties fœtales ne sont déjà que trop glissantes, et il ne faut pas augmenter cette chance d'insuccès en lubrifiant la partie interne de la main qui est destinée à les saisir.

Manuel opératoire.

Toutes ces précautions prises, après s'être assuré que les urines ont été expulsées, que la vessie est vide, et après avoir pratiqué le cathétérisme dans le cas contraire, on procède à l'opération. Je vais faire la description de cette opération dans la position occipito-iliaque gauche ; il sera facile, après cela, de se représenter le manuel dans l'autre position occipito-iliaque droite.

La version pelvienne se compose de trois temps : introduction de la main, évolution du fœtus et son extraction.

Premier temps. — L'accoucheur, placé en face de la femme, se tient debout ou à genoux, suivant l'élévation du lit, et avant tout il place sur le fond de l'utérus la main qui ne doit pas être introduite, afin de le comprimer quand cela sera nécessaire. J'ai coutume de recommander cette précaution en premier lieu, non pas qu'elle soit nécessaire dès le début de l'opération, mais parce que j'ai l'expérience que c'est le seul moyen d'être bien certain de ne pas l'oublier au moment où elle devient indispensable, c'est-à-dire quand on pénètre dans le col utérin. On sait combien ce précepte est important, et combien son omission peut entraîner de dangers pour la mère, la déchirure des attaches du col utérin avec le vagin, et la rupture de l'utérus dans d'autres points de son étendue.

L'accoucheur peut très-bien se charger lui-même de maintenir

ainsi le fond de l'organe ; car l'usage de ses deux mains ne devient indispensable à l'extraction que lorsqu'il n'est plus utile de maintenir le fond de l'utérus.

La main qui devra pénétrer dans les organes maternels est placée de champ, et introduite avec lenteur et ménagement dans la vulve, excepté le pouce, que l'on réunit ensuite aux autres doigts, au moment où l'on introduit la main jusqu'au poignet, en lui faisant exécuter quelques mouvements de rotation, et en diminuant autant que possible son volume. On ne saurait trop insister sur ces précautions, surtout chez les primipares. Cette introduction de la main est en général le moment le plus douloureux de l'opération.

Quel moment faut-il choisir pour pénétrer dans les organes extérieurs? Les auteurs ne sont pas d'accord. On a recommandé de choisir le moment de la douleur, afin que la femme puisse attribuer à la contraction utérine la douleur que lui cause l'introduction de la main. Mais chacun sait que le contraire arrive toujours, et que les femmes sont bien plus disposées à rapporter la douleur utérine à leur accoucheur, même quand il exerce sur elles l'investigation la plus inoffensive. Aussi je conseille de n'introduire la main que pendant le calme ; la femme pourra alors discerner la douleur que lui fait éprouver l'introduction de la main, de celle qui résulte de la contraction utérine.

Cette main doit être introduite suivant l'axe de la vulve et suivant celui du détroit inférieur; puis lorsqu'elle a pénétré dans l'excavation, elle doit changer de direction pour franchir le col utérin. On lui fait suivre alors la direction de l'axe du détroit supérieur. Il est de rigueur d'attendre toujours que le calme soit survenu, que l'utérus ne se contracte plus, pour pénétrer dans sa cavité, sans quoi, en forçant la résistance de l'organe contracté, on s'exposerait à le déchirer, à le rompre. Enfin, c'est ici le lieu d'insister pour que le fond de l'utérus soit exactement comprimé par la main de l'accoucheur ou par celle d'un aide.

Toutes ces précautions observées, si les membranes sont rompues, la main peut franchir le col utérin. S'il est largement dilaté, elle pénètre sans difficulté entre la tête et les parties maternelles, sans être obligé de *refouler* celles-ci. Si l'orifice, sans être dilaté, est cependant dilatable, les doigts y pénétreront petit à petit, avec lenteur, et en soulevant légèrement la tête de l'enfant, qui repose sur cet orifice, mais non pas en la prenant à *poigne-main le pouce placé ici, les quatre doigts dans cette autre situation*, etc., etc., pour la *refouler* dans la fosse iliaque qui regarde l'occiput ; car on peut pénétrer dans l'utérus sans se croire obligé de *ramener le pouce à côté de*

l'index, et de suivre minutieusement une foule de préceptes plus étranges, plus inutiles les uns que les autres, et qui ne sont certai-

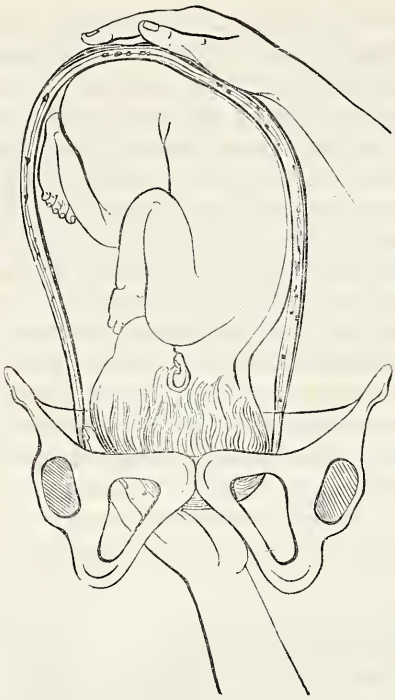


Fig. 179.

nement pas mis en pratique, du moins j'aime à le croire, par ceux même qui les donnent. Il arrive souvent que l'irritation produite sur le col par l'introduction de la main ranime les contractions utérines. Dans ce cas, l'accoucheur doit cesser toutes tentatives d'introduction, tout prêt à continuer à introduire la main aussitôt que la douleur aura cessé.

La main une fois introduite, il s'assure qu'il ne s'est pas trompé sur la position du fœtus, et que, par conséquent, le choix de la main a été bien fait. S'il reconnaissait qu'il s'est trompé, il n'en continuerait pas moins l'opération, si l'utérus n'est pas assez fortement rétracté pour empêcher les mouvements de latéralité que la main doit exécuter pour gagner le plan antérieur du produit. Cette rétraction a bien rarement lieu quand on pratique la version dans une présentation du sommet, car s'il y avait rétraction, l'engagement de la tête se serait fait et alors on ne pratiquerait plus la version. Si, par

suite d'une inclinaison forcée de la tête, qui ait empêché l'engagement, l'utérus était revenu sur lui-même, que la main ait de la peine à cheminer latéralement entre les parties fœtales et les parties maternelles, il devra la retirer pour introduire directement celle dont la paume regarde le plan antérieur du produit. Occiput à gauche, main gauche; occiput à droite, main droite.

Si les membranes sont intactes au moment où la main arrive à l'orifice, l'accoucheur doit-il rompre les membranes au centre de l'orifice, pour pénétrer dans l'utérus, ou bien doit-il pénétrer dans le col utérin, décoller petit à petit les membranes de la surface interne de l'utérus, et cheminer ainsi jusqu'au sommet de l'œuf, puis saisir les pieds de l'enfant en déchirant les membranes?

Les accoucheurs qui ont conseillé ce dernier procédé ont allégué, en faveur de leur opinion, que la main, cheminant ainsi entre les membranes et l'utérus, pouvait aller gagner le sommet de l'œuf sans qu'une goutte de liquide se soit écoulée, et qu'alors la main, agissant dans un utérus non rétracté, pouvait au moment où elle rompt les membranes, faire exécuter très-facilement au produit le second temps d'évolution.

Tandis qu'en rompant les membranes au centre, on permet au liquide de s'écouler, à l'utérus de se rétracter, et l'on trouve par suite l'opération plus difficile.

Les avantages du décollement préalable des membranes avant leur rupture m'ont toujours paru plus spéculatifs que réels, et les inconvénients de la rupture au centre très-exagérés.

Quand la main rompt les membranes, au moment où elle pénètre dans le col utérin, un flot de liquide s'écoule; mais le poignet, puis le bras bouchent exactement l'orifice, et il reste assez de liquide dans l'utérin pour permettre l'évolution facile du produit. De plus, cette petite quantité de liquide écoulée n'est pas suivie du retrait immédiat de l'utérus, et la main jouit encore d'une très-grande liberté.

Dans le second procédé, au contraire, l'opération est plus longue plus difficile, souvent impraticable et souvent dangereuse. Ainsi, le décollement n'est pas toujours possible, et pour l'effectuer, il faut un temps plus ou moins long, pendant lequel on prolonge les douleurs de la patiente et les dangers qu'elle court, ainsi que ceux auxquels l'enfant est exposé. En outre, dans les cas même où le décollement est facile, il peut avoir des inconvénients : si le placenta se rencontre sur le passage de la main, et qu'on en opère le décollement partiel ou total, cet accident ferait périr le produit, et compromettrait les jours de la mère en causant une hémorrhagie. On alléguera en vain qu'il est facile de distinguer le placenta des mem-

branes, il n'en est pas moins certain que cette distinction n'est pas toujours aussi facile qu'on veut bien le dire et que le plus sûr est de ne pas s'exposer à compromettre le salut de la mère et celui de l'enfant pour obtenir un très-contestable avantage.

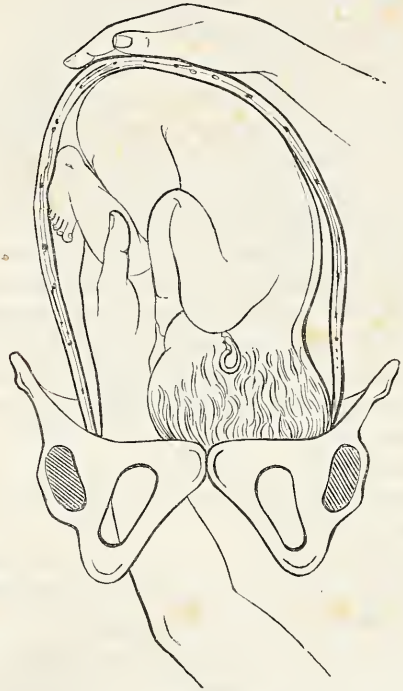


Fig. 180.

En résumé, il faut rompre les membranes au centre au moment où l'on pénètre dans l'utérus, et il ne faut réserver le décollement des membranes que pour le cas où ce décollement, qu'on trouverait en partie opéré, paraîtrait on ne peut plus facile à achever, en ayant du reste la précaution de ne pas insister pour arriver jusqu'aux pieds par cette voie, si l'on rencontrait le moindre obstacle, et de rompre alors les membranes dans le point où l'on se trouve.

Que les membranes aient été rompues à l'avance ou qu'on les perfore au moment où l'on pénètre dans l'utérus, le procédé à l'aide duquel on doit aller chercher les pieds est toujours le même : l'accoucheur engage doucement la main entre les parties maternelles et la tête, en suivant le plan antérieur du produit ; il passe sur la face, la poitrine, et glisse en rampant la main jusqu'aux genoux, qu'il trouve d'autant plus voisins de la tête que la rétraction utérine a plus

exagéré l'état de flexion du fœtus. C'est le procédé le plus facile, le plus prompt et le moins douloureux, parce qu'il nécessite une moins grande introduction de la main dans les organes.

Quelques auteurs conseillent de suivre le dos du fœtus ou le côté de l'enfant qui regarde le derrière du bassin, de reconnaître, chemin faisant, les bras, les hanches, de remonter sur les fesses et de défléchir les extrémités inférieures en les prenant à leur racine. Par ce moyen, disent-ils, on évite la confusion qu'on pourrait faire des bras avec les jambes: le chemin est plus long, mais il est plus sûr.

En vérité, on serait tenté de croire que ceux qui donnent ce conseil n'ont jamais porté leur main dans l'utérus, ou qu'ils répètent sur la foi d'autrui un précepte qu'ils ne mettent jamais eux-mêmes en pratique, comme cela se voit si souvent.

Qui ne sait, en effet, pour peu qu'on ait pratiqué, que d'abord ce procédé ne pourrait être exécuté que dans les cas où la main jouirait dans l'utérus d'une grande liberté. Alors seulement elle peut faire des mouvements de latéralité et peut penétrer profondément : tout lui est possible. Mais quel accoucheur ignore qu'il sera extrêmement difficile, dans la plupart des cas, de parcourir ce long chemin, quand l'utérus sera rétracté sur le produit, et qu'à l'aide de ce moyen, qui nécessite une introduction profonde du bras, des tâtonnements, des mouvements douloureux pour la mère, on ne sera pas moins exposé à prendre une main pour un pied, que par le procédé que je conseille. L'accoucheur doit, avant tout, s'être exercé sur l'enfant mort à reconnaître la main du pied, c'est une connaissance préliminaire qu'on doit supposer à tout praticien. Si, du reste, cette méprise était commise, qu'en résulterait-il? Rien de fâcheux. Il suffirait de lâcher la main, dès qu'on aurait reconnu son erreur, et d'aller chercher un pied ou un genou.

Cette circonstance n'a qu'une importance trop secondaire pour autoriser le précepte généralement donné. Je le regarde comme inutile, douloureux et long dans les circonstances les plus favorables, comme impraticable et dangereux dans les circonstances difficiles; tandis qu'en passant à la partie antérieure du produit, on rencontre les pieds, les genoux à très-peu de distance de la tête de l'enfant. Le chemin que la main parcourt est moins long, tout aussi sûr, et l'opération est moins douloureuse.

Bien plus, c'est ainsi seulement qu'on peut agir quand l'utérus rétracté ne permet à la main qu'un mouvement de glissement direct vers les parties qu'elle veut saisir, et s'oppose à ses mouvements de latéralité.

Je me souviens, à ce sujet, qu'à la première version que je vis

faire à M. P. Dubois, le pied de l'enfant était déjà saisi et amené dans le vagin, que je croyais l'opération à peine commencée. Sa main seule et son poignet avaient été introduits dans les organes maternels et dirigés à la partie antérieure de l'enfant. C'est toujoursainsi que, depuis, j'ai vu pratiquer cet excellent maître, et j'ai complétement adopté sa méthode, bien préférable aux mauvais préceptes dont j'avais été imbu avant de devenir son élève; préceptes que je m'étais toujours efforcé de suivre jusqu'alors, sans pouvoir y réussir, et qui souvent m'ont engagé dans une voie dont j'ai eu peine à sortir à ma satisfaction. Que de fois j'ai attribué les difficultés que je rencontrais à mon impéritie, tandis qu'elles ne dépendaient que de l'insistance que je mettais à suivre des règles souvent impossibles à mettre en pratique.

Quand la main chemine entre l'utérus et les parties fœtales, si l'utérus vient à se contracter, la main doit rester immobile et s'appliquer à plat sur l'enfant, pendant tout le temps de la contraction; le calme survenu, elle continue sa route.

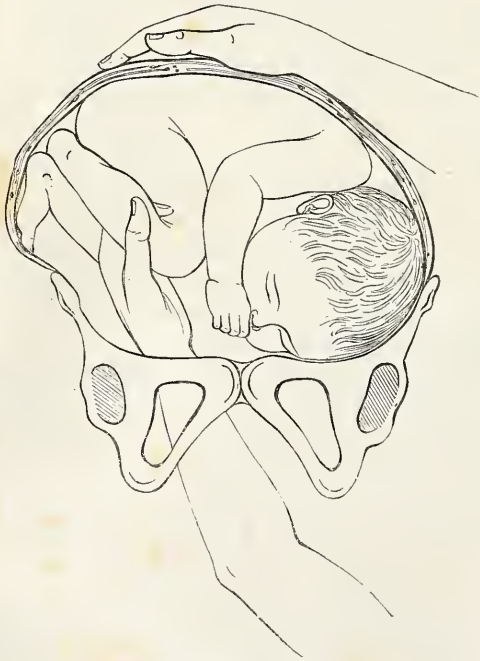


Fig. 181.

Évolution du fœtus. — Quand la main a pénétré jusqu'aux extrémités inférieures, elle saisit ce qu'elle rencontre, un genou, un

pied, et elle engage cette partie de manière à pelotonner le fœtus dans le sens de sa flexion naturelle (fig. 181). Ce mouvement d'évolution doit toujours être pratiqué pendant le calme : telles sont les seules règles auxquelles on puisse s'astreindre pour ce temps de l'opération. Je les ai bien souvent vu mettre en pratique par M. P. Dubois, et j'ai pu, depuis longues années, me convaincre de leur excellence par mon expérience propre. La plupart des auteurs en donnent cependant de bien plus précises, mais qui sont plus ou moins impraticables.

Ainsi, la plupart veulent qu'on saisisse les deux pieds à la fois, et quand on n'a pu en saisir qu'un, qu'on l'*entraîne* et qu'on aille ensuite à la recherche de l'autre.

D'autres concèdent qu'on puisse à la rigueur se contenter d'un membre, quand c'est le membre sous-pubien qu'on a saisi ; mais si c'est celui qui est en arrière, il faudra, de toute nécessité, aller à la recherche de l'autre : et ces préceptes sont ainsi posés, sans qu'il soit dit nulle part sur quelles raisons on se fonde pour agir ainsi, et sur quelle raison est fondée aussi cette préférence plutôt en faveur d'un membre que de l'autre.

Enfin, ces auteurs poussent même la précision jusqu'à indiquer la manière exacte de saisir les membres, et la situation respective de chacun des doigts de la main, les points des parties de l'enfant sur lesquels ils doivent être fixés.

Certes, voilà bien de la précision. Mais il n'y a qu'une réponse à faire à tout ceci, c'est qu'on saisit les membres comme on peut, qu'on les prend tous les deux, ce qui est rarement possible ; et que lorsqu'on n'a pu en saisir qu'un, ce qui est la règle, on ne sait pas, dans la plupart des cas, si c'est le membre antérieur ou le postérieur, et quand on le saurait, cela ne changerait rien au résultat, il n'en faudrait pas moins tirer sur celui qu'on a saisi et terminer l'extraction sans se croire obligé d'aller, dans tous les cas, à la recherche de l'autre. En effet, la version se fait tout aussi bien avec un membre qu'avec les deux, dans l'immense majorité des cas. Le membre qui n'a pas été saisi, se relève sur la partie antérieure du produit (fig. 182), et l'extrémité pelvienne descend avec facilité. On comprend très-bien que, puisque l'extrémité pelvienne complète peut s'engager spontanément, elle s'engagera d'autant mieux, qu'elle sera en partie décomplétée, et qu'on exercera des tractions sur elle. Si l'on est quelquefois obligé d'aller à la recherche de l'autre membre, cela dépend de circonstances particulières et exceptionnelles, que je n'ai entendu exprimer qu'à M. P. Dubois seul, et que j'exposerai dans un instant.

Extraction. — Une fois que les genoux, les pieds, ou plutôt un pied ou un genou auront été amenés doucement dans le vagin et non

Fig. 182.

pas *entraînés,* on exercera sur cette partie des tractions modérées sans brusquerie, et toujours en agissant de concert avec la contraction utérine [1]. La contraction aide l'extraction, puis elle maintient la tête fléchie sur le devant de la poitrine, et les bras dans leurs rapports naturels ; dans aucun cas on ne devra faire des tractions continues et brusques. Quelle que soit la gravité de l'accident pour lequel la version soit pratiquée, on aura toujours le temps d'extraire le produit avec les ménagements que réclament les parties maternelles et fœtales. Il faut aussi imprimer à cette partie sur laquelle on exerce des tractions un mouvement de torsion, afin de ramener autant que possible le dos du fœtus derrière la cavité cotyloïde droite, dans la position qui nous occupe. Cette précaution doit être prise au moment des premières tractions, afin que toutes les parties fœtales puissent participer à ce mouvement avant leur engagement. Dans le

[1] Qu'on se rappelle ces règles par leur opposition : *Introduire la main pendant le calme de l'utérus, tirer sur les parties fœtales pendant la contraction.*

cas où, au contraire, on attendrait qu'elles soient trop profondément engagées, on s'exposerait à tordre le produit sur un point déterminé de son axe, et à léser ainsi ses organes.

Fig. 183.

Aussitôt qu'il est possible d'accrocher le pli de l'aine de l'autre membre, il faut y engager l'index de l'autre main (fig. 182), non pas pour dégager ce membre, comme tous les élèves cherchent à le faire, quand ils s'exercent sur le mannequin pour la première fois, mais pour tirer sur cette partie sans la dégager, et seconder ainsi les tractions exercées sur le membre qui a été saisi le premier.

Si par hasard on a pu amener à l'extérieur les deux extrémités à la fois, on exerce plus spécialement les tractions sur le membre antérieur, afin de concourir encore davantage à ramener le dos diagonal en avant, et pour cela on embrasse les membres à poigne-main, en ayant la précaution de ne pas contondre les parties avec l'extrémité des doigts. On conseille aussi, dans ce cas, de placer avec soin *le pouce sur le plan postérieur du membre, l'index et le médius sur le plan externe, l'annulaire et le petit doigt sur la face antérieure.* Que de

précision ! Mes lecteurs apprécieront facilement d'eux-mêmes toute l'inutilité de ces conseils : cela n'a pas besoin de commentaires. Le

Fig. 184.

seul soin, je le répète, que doive prendre l'accoucheur, quand il opère l'extraction du produit, c'est de ne pas contondre les parties, de les embrasser par de larges surfaces, et de ne pas presser toujours sur les mêmes points. Ainsi, à mesure que l'enfant s'engagera, l'accoucheur rapprochera ses mains le plus près possible de la vulve, et ne prendra de point d'appui que sur les os.

Dans tous les cas, aussitôt que le doigt peut atteindre l'ombilic, il devra exercer une légère traction sur l'extrémité placentaire du cordon ombilical, afin de le relâcher; il évitera par ce moyen sa rupture dans le cas où il serait tendu. Si le produit était à cheval sur le cordon, on dégagerait le membre postérieur de l'anse que forme la tige ombilicale, et on la placerait ainsi dans la concavité du sacrum, où elle risquera moins d'être comprimée que partout ailleurs.

Si l'on a eu soin de ne faire de tractions que pendant le moment de la contraction, les bras arrivent souvent croisés sur la poitrine avant la tête, et leur dégagement s'effectue de lui-même à mesure que le tronc est extrait. Mais si l'on a exercé des tractions continues, souvent même, quoiqu'on ne se soit pas écarté des règles, les bras se défléchissent à mesure que le tronc est extrait, ils restent accolés aux deux côtés de la tête et s'opposent à l'extraction de celle-ci; il faut alors procéder à leur dégagement (fig. 185).

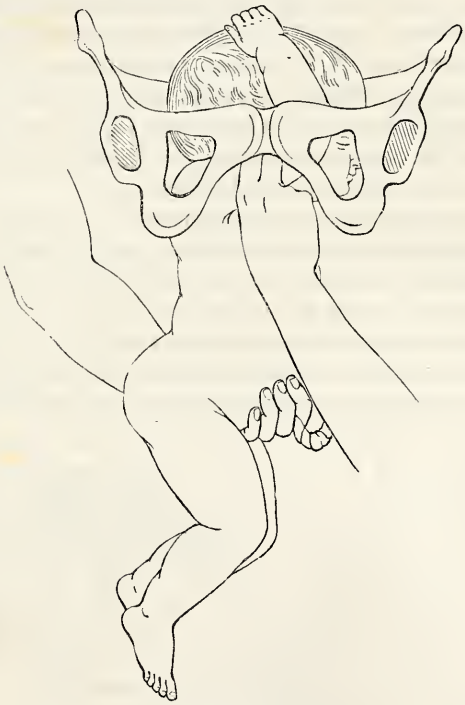


Fig. 185.

On commence par le bras qui est situé en arrière, parce qu'on trouve plus de place dans la concavité du sacrum, pour opérer ce dégagement. Le dos étant à droite, l'index et le médius réunis de la main gauche sont glissés sur l'humérus, le pouce servant d'attelle en dessous ; alors on abaisse le bras dans le sens de sa flexion en lui faisant parcourir le devant de la face et de la poitrine. On procède ensuite au dégagement du bras qui est en avant; le procédé est le même, seulement on se sert de la main droite de préférence quand le dos est à droite.

Il arrive quelquefois que le dégagement du bras qui est en avant est très-difficile; dans ce cas on aurait recours au procédé de M. P. Dubois, je le lui ai vu employer souvent avec succès, et il m'a bien souvent rendu grand service. Il consiste à imprimer au tronc un mouvement de rotation d'arrière en avant et de droite à gauche à l'aide de la main gauche, pendant qu'au moyen de la main droite on abaisse l'épaule qui est en avant dans la concavité du sacrum. Cette légère torsion imprimée au cou de l'enfant est sans aucun inconvénient pour lui, et elle rend le dégagement on ne peut plus facile.

Toutes les fois que les épaules se présentent transversales, il faut, à l'aide du procédé de M. P. Dubois, conduire une des deux épaules en arrière pour la dégager plus facilement ; puis on procède au dégagement de l'autre, soit en haut, ou, dans le cas où cela serait trop difficile, sans perdre de temps, on conduirait encore cette seconde épaule en arrière pour la dégager.

La tête pénètre ordinairement fléchie dans l'excavation, l'occiput étant en rapport avec un des points de la partie antérieure du bassin, et alors il suffit d'imprimer au tronc un léger mouvement de rotation qui conduit le dos de l'enfant tout à fait en avant, pour compléter le mouvement de rotation intérieure de la tête. Cela fait, on élève le tronc de l'enfant, et le dégagement de la tête s'effectue en général de lui-même, ou sous l'influence d'un léger effort.

Fig. 186.

Mais si le dégagement de la tête n'avait pas lieu, il est important de se hâter de l'extraire. Pour cela, la main entière est engagée dans la concavité du sacrum ; sous le fœtus, deux doigts de cette main

sont introduits dans la bouche, et fléchissent la tête en abaissant la mâchoire inférieure, tandis que l'autre main, placée en fourche sur les épaules de l'enfant, exerce sur ces épaules des tractions; de plus, à ces mouvements partiels des deux mains doit se joindre un mouvement d'élévation de A en I (fig. 186), mouvement exécuté simultanément par les deux bras. C'est à l'aide de ce procédé seul qu'on pourra parvenir à dégager la tête, pour peu qu'elle résiste, et non pas en plaçant deux doigts sur les côtés du nez et deux doigts sur l'occiput, comme le conseillent quelques auteurs.

Je sais, pour mon compte, que dans les cas où je me suis vu contraint de dégager la tête après l'issue du tronc, je n'ai jamais trouvé une prise assez solide sur les côtés du nez, qui sont lisses et lubrifiés, et que j'ai toujours été obligé de recourir au procédé de madame Lachapelle, qui est adopté exclusivement par tous les accoucheurs qui sont familiarisés avec la pratique.

Que de fois n'a-t-on pas compromis la vie de l'enfant, en perdant un temps précieux dans de semblables tentatives !

Deux fois, entre autres, j'ai pu constater la vérité de ce fait, ainsi que l'excellence du procédé que je conseille et l'inutilité de celui que je blâme.

Je fus appelé par M. le docteur A. Robert. Un médecin, dont je n'ai jamais su le nom, s'évertuait depuis une heure à dégager la tête d'un enfant dont le tronc pendait à l'extérieur; l'enfant était mort. Imbu des détestables préceptes recommandés en pareil cas, même dans certains ouvrages classiques, il avait tenté en vain de fléchir la tête en repoussant l'occiput et en cherchant à tirer les côtés du nez; toutes ces tentatives avaient été infructueuses. Deux secondes me suffirent pour terminer cette extraction.

J'arrive un jour, en 1840, à la salle des accouchements, pendant les vacances, en l'absence de M. P. Dubois, remplacé, comme c'était l'usage à cette époque, par un agrégé en chirurgie, M. Danyau : une femme était sur le lit de travail, et venait d'accoucher d'un enfant qui s'était présenté par le pelvis; le tronc était sorti en totalité, mais depuis un quart d'heure l'opérateur et un des élèves du service, se relayant, n'avaient pu déterminer le dégagement de la tête, qui était, il est vrai, solidement fixée dans l'excavation. Madame Callé, sage-femme en chef de la Clinique, qui joignait déjà à une instruction solide une grande dextérité, se hasardait bien à donner quelques indications, mais soit émotion bien naturelle causée par la gravité de la circonstance et par la présence d'un nombreux auditoire, soit confiance dans les moyens préconisés par des auteurs dont le nom pourrait faire autorité, ses conseils ne

furent pas suivis; l'opérateur se disposait même à appliquer le forceps, lorsque, me voyant arriver, elle me pria d'essayer à mon tour. Il y avait un assez grand nombre d'élèves présents; j'avais d'autant plus à cœur de terminer ce dégagement. J'introduisis alors deux doigts fixés solidement sur la mâchoire inférieure, deux doigts sur les épaules (procédé de madame Lachapelle), et, à l'aide d'un mouvement d'élévation et de traction directe, je dégageai la tête en moins de temps que je n'en mets à le dire. Malheureusement l'enfant avait cessé de vivre. Cependant, bien que la tête ne fût pas très-solidement fixée, comptant sur une grande résistance, je fus obligé d'employer un effort si considérable, que je conservai pendant plusieurs jours les traces de la contusion que la mâchoire inférieure avait imprimée au médius de ma main droite.

Loin de moi la pensée d'accuser les personnes qui assistaient cette femme; elles n'ont péché que par trop de confiance dans un procédé qui manque presque toujours son effet.

Mais il est très-certain que, si j'avais cru pouvoir dégager la tête aussi rapidement, l'enfant ayant succombé, j'aurais usé d'une lenteur calculée, dans le but de ne pas me faire attribuer par les élèves un mérite qui n'était dû qu'au procédé que j'avais mis en usage.

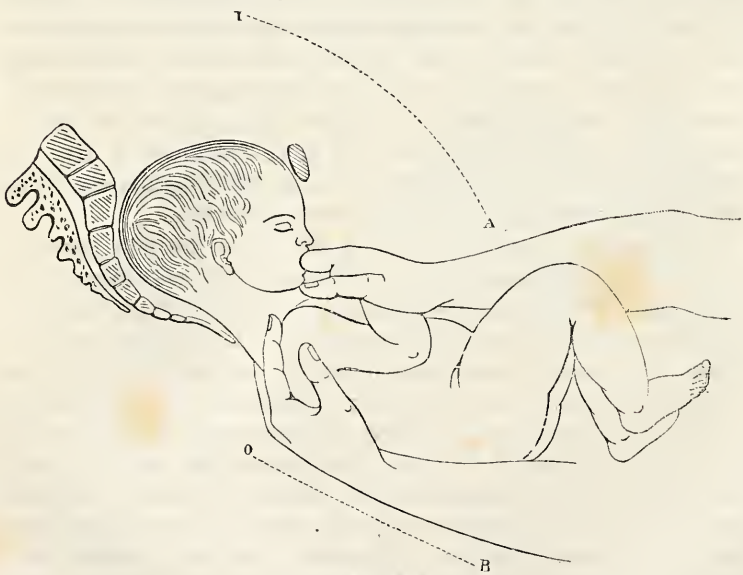


Fig. 187.

Si l'on n'avait pu imprimer au produit le mouvement de torsion sur son axe, à l'aide duquel on ramène le dos en avant, et qu'il ait

été engagé la face en dessus et l'occiput dans la concavité du sacrum, le dégagement n'en aurait pas moins lieu dans la plupart des cas ; cependant il est un peu moins facile.

Deux cas peuvent se présenter alors. Ou la tête s'est engagée fléchie, parce qu'on a eu soin de ménager les tractions. Alors le front et l'occiput se présentent ensemble au détroit inférieur ; c'est le diamètre sous-occipito-frontal plein qui mesure le dégagement de la tête. S'il ne s'effectue pas, on le favorisera en tâchant d'abaisser la mâchoire inférieure à l'aide de deux doigts, pendant qu'avec l'autre main on tire directement sur le tronc (de O en B), en l'abaissant (fig. 187) ; si l'on éprouvait trop de difficulté, il faudrait, sans perdre de temps, élever fortement le tronc de A en I (fig. 187), faire rentrer ainsi le front sous les pubis, et dégager l'occiput à la commissure antérieure du périnée.

Ou bien la tête peut être arrivée défléchie dans l'excavation ; et,

Fig. 188.

dans ce cas, on ne pourra le dégager qu'en élevant fortement le tronc de A en I (fig. 188), et en faisant sortir l'occiput le premier en arrière. Il est bien rare qu'à l'aide de ces moyens seuls on ne puisse pas dégager la tête, et qu'on soit obligé de recourir au forceps.

De la version dans le cas de jumeaux.

Si deux produits étaient contenus dans la cavité utérine, il faudrait bien se garder de saisir deux pieds, s'ils venaient se présenter à la main de l'accoucheur, car on s'exposerait à entraîner le membre de l'un avec celui de l'autre. De là les difficultés que j'ai signa-

lées à l'occasion des accidents déterminés dans les grossesses multiples.

§ 2. — Difficultés qu'on peut rencontrer dans la pratique de la version pelvienne.

La version ne s'exécute pas toujours aussi facilement que je viens de le dire ; souvent des difficultés plus ou moins sérieuses se rencontrent dans la pratique de cette opération ; je vais les énumérer dans l'ordre suivant lequel elles peuvent se rencontrer.

Étroitesse de la vulve.

La vulve, à moins d'une conformation anormale, n'est jamais assez étroite pour mettre un obstacle sérieux à l'introduction de la main, surtout si l'on attend, pour pratiquer, que l'orifice utérin soit entièrement dilaté. En effet, la vulve subit, en même temps que le col, une espèce d'assouplissement qui permet très-bien à la main de la traverser, quand le col est lui-même perméable. Chez les primipares surtout, cette introduction doit être faite avec d'autant plus de douceur et de ménagement que la résistance est plus vive. C'est dans ces cas que les inspirations du chloroforme sans faire perdre connaissance à la femme seront d'un grand secours pour atténuer la douleur si vive que détermine la main qui veut franchir l'anneau vulvaire.

Rigidité de l'orifice utérin.

Quand le col est rigide, non dilaté et non dilatable, on usera, pour vaincre sa résistance, de tous les moyens que j'ai déjà proposés ; la saignée, si la femme est pléthorique, les bains, les onctions sur le col avec l'extrait de belladone ; mais si ces moyens échouent, et que l'accident qui nécessite la version soit de nature à compromettre rapidement la vie de la mère ou celle de l'enfant, l'accoucheur devra pratiquer plusieurs incisions sur les côtés de l'orifice avant d'y pénétrer.

Mais ces incisions ne permettront facilement le passage de la main que dans le cas où l'orifice, quoique rigide et non dilaté, serait cependant aminci. Dans le cas contraire, s'il était épais, après ces incisions faites, il n'en faudrait pas moins employer, pour vaincre la résistance de l'orifice, presque autant d'énergie que dans l'accouchement forcé.

Resserrement exclusif de l'orifice interne.

Dans les cas même où l'orifice externe est dilaté, souple, la main

éprouve quelquefois de grandes difficultés à surmonter la résistance de l'orifice interne qui se contracte spasmodiquement sur elle et l'empêche de pénétrer jusqu'aux pieds. Souvent cette contraction ne se manifeste que lorsque la main a été introduite dans l'utérus, et elle ne s'exerce alors que sur le bras de l'accoucheur. Mais cette constriction est quelquefois tellement forte, que le membre est paralysé, que les doigts perdent toute action; ils touchent les parties fœtales, n'ont plus qu'à les saisir, et ils ne le peuvent. Pour se faire une idée de cette incapacité de mouvement, de cet engourdissement douloureux qu'éprouvent le bras et la main, il faut l'avoir éprouvé. Cette circonstance est souvent un obstacle sérieux qui, retardant l'accouchement, laisse la mère et l'enfant exposés à toutes les conséquences des accidents qui nécessitent la version. Que faire dans une circonstance semblable? Retirer la main et réintroduire l'autre; si celle-ci éprouve le même accident, tâcher de lui rendre le mouvement en la trempant dans l'eau froide, pendant qu'on fait prendre à la malade 15, 20, 30 gouttes de laudanum en lavement.

Une saignée devrait, de même, être pratiquée s'il y a des symptômes de pléthore. Si malgré ces moyens, on ne peut parvenir à vaincre cette résistance, ce qui est rare, l'accoucheur devra réclamer le secours d'un confrère, dont le bras, non endolori, non fatigué, finira enfin par pénétrer. C'est une extrémité fâcheuse, parce que les gens du monde, inhabiles à juger l'accoucheur, interprètent toujours contre lui cette demande d'assistance. Cependant, c'est une extrémité à laquelle les gens les plus habiles se sont quelquefois vus réduits. La main triomphe presque toujours de cette contraction spasmodique de l'orifice interne. Ce n'est pas là que gisent encore les plus grandes difficultés, mais c'est au moment du dégagement de la tête qu'elles se présentent. Le col de l'utérus se resserre quelquefois si fortement sur le cou de l'enfant, qu'on a une très-grande peine à l'extraire; cependant encore, à l'aide de quelques doigts introduits dans la bouche, à l'aide de tractions exercées sur le tronc, on peut vaincre cet obstacle dans la plupart des cas, mais malheureusement jamais assez rapidement pour que la vie de l'enfant ne soit pas compromise. Il est des cas, bien rares il est vrai, où l'art peut être complétement impuissant pour dégager la tête (j'en ai cité un exemple fort remarquable); c'est alors qu'à moins de circonstances qui menacent immédiatement les jours de la femme, il faut, après avoir usé des moyens compatibles avec le salut de la mère, livrer l'expulsion de la tête à la nature. Toute tentative ne ferait qu'irriter la susceptibilité du col, et mettre les jours de la femme en danger.

Rétraction utérine.

Quant à la rétraction de l'utérus, il est bien rare, dans la présentation du sommet, qu'on la rencontre assez énergique pour s'opposer à la version. En effet, à moins qu'on ne suppose une présentation de la tête très-inclinée, ou un obstacle mécanique quelconque à l'engagement, si les contractions ont été assez énergiques pour être suivies d'une rétraction violente, la tête se sera assez engagée sous l'influence de ces contractions pour qu'on ne doive et qu'on ne puisse plus faire la version, et que l'on soit obligé de recourir au forceps.

Mobilité du corps de l'utérus.

M. P. Dubois seul a signalé une autre espèce de difficulté qui se rencontre cependant assez fréquemment, et qui empêche la main de cheminer dans l'utérus : je veux parler de la mobilité de cet organe. Dans ce cas, la main, l'utérus et le produit ne forment plus qu'un seul tout, la main ne peut plus glisser entre l'utérus et les parties fœtales surtout latéralement, et elle entraîne dans ses mouvements et l'organe et le produit.

On comprend que, dans ce cas, la seule indication à remplir est de faire maintenir l'utérus par un aide.

Engagement de la tête en même temps que les pieds.

Quand on n'a pu saisir qu'un pied ou qu'un genou, l'extrémité pelvienne non engagée fait quelquefois à l'égard de la tête l'office de la corde à nœud à l'aide de laquelle on retire un bouchon d'une bouteille, elle entraîne la tête en même temps qu'elle dans le détroit supérieur. Cette circonstance peut également se présenter quand les deux pieds ont été amenés à l'extérieur, mais cela est plus rare. On remédie à cet accident en repoussant la tête avec une main, pendant qu'on tire les pieds avec l'autre ; ces deux mouvements doivent être simultanés et faits avec beaucoup d'ensemble.

On n'a pu saisir qu'un seul pied.

Les cas où l'on n'a pu saisir qu'un seul pied sont la règle, ceux où l'on peut saisir les deux constituent l'exception. Comme je l'ai dit, la version se fait, dans la plupart des cas, aussi bien avec un seul pied qu'avec les deux ; et l'on ne doit pas le moins du monde poser comme règle générale d'aller à la recherche de l'autre extrémité quand on n'a pu en saisir qu'une. Il est rare, au contraire, qu'on soit obligé de recourir à ce moyen.

Une circonstance peut cependant mettre dans cette nécessité. Il arrive quelquefois que l'orifice interne, qui a laissé passer librement

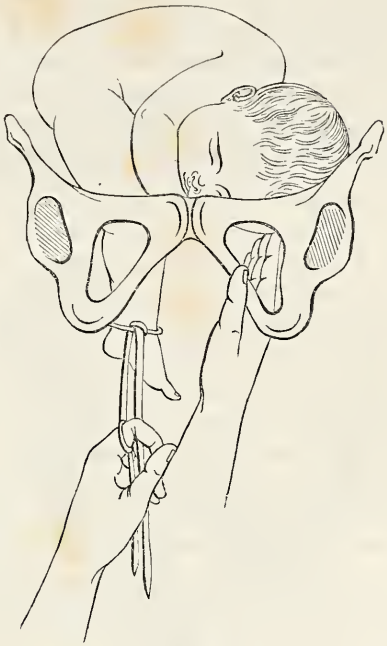


Fig. 189.

la main, se contracte sur les parties fœtales, à mesure qu'on cherche à les extraire, et cette contraction est quelquefois si énergique, que la somme de force qu'on serait obligé d'employer, pour vaincre cette résistance, serait telle que le membre sur lequel cette force s'exercerait pourrait être distendu et lésé dans sa continuité. Alors, pour obvier à cet inconvénient, on va chercher l'autre extrémité abdominale, et en exerçant des tractions sur deux membres à la fois, on a moins de chances de les léser que si on ne les exerçait que sur un seul.

Mais il ne faut pas croire que les difficultés qui s'opposent à l'extraction de l'enfant dans ce cas dépendent, comme l'ont avancé quelques auteurs, de ce qu'il se place à cheval sur la symphyse des pubis, de ce que l'autre pied s'arc-boute sur le bord du détroit supérieur. En effet, comment admettre que de semblables causes puissent s'opposer à l'extraction, quand on sait que le segment inférieur de l'utérus présente un infundibulum lisse sur lequel le fœtus glisse facilement jusqu'à l'orifice utérin, que le détroit supérieur, sur le-

quel repose le segment, est lui-même garni de parties molles qui font disparaître ses aspérités.

Pour aller à la recherche de l'extrémité qui n'a pu être amenée à l'extérieur, l'accoucheur place un lacs de laine assez large sur l'extrémité qui a été extraite la première, afin de la retenir à l'extérieur, puis il introduit la main droite quand la partie qu'il veut saisir est à gauche, la main gauche dans le cas contraire, et, saisissant le membre comme il le peut, il l'amène à l'extérieur (fig. 190).

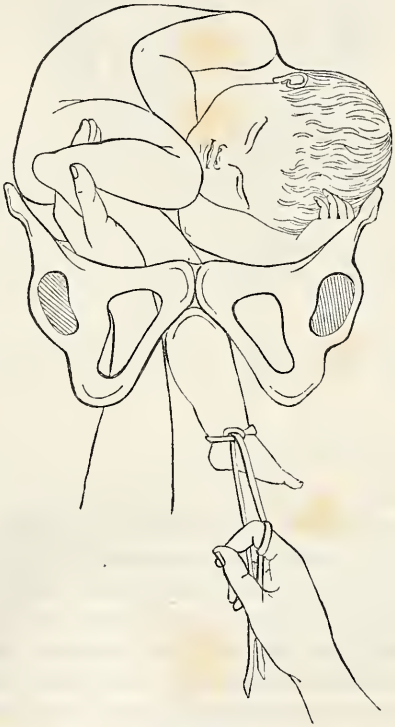


Fig. 190.

Difficultés inhérentes à l'arrêt des bras, au détroit supérieur.

Pendant l'extraction du tronc, les bras, retenus au détroit supérieur, peuvent s'arrêter sur les côtés de la tête, et alors leur dégagement n'est pas très-difficile; tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Le bras qui est placé en avant peut cependant offrir quelques difficultés; j'ai indiqué pour y remédier le procédé de M. P. Dubois, qui consiste à conduire l'épaule antérieure dans la concavité du sacrum. Mais l'arrêt de ce bras ne s'opère pas toujours sur un des deux

côtés de la tête; s'il n'a pas suivi la rotation imprimée au tronc, il a pu passer derrière l'occiput : cet accident ne peut avoir lieu que dans la position occipito-pubienne; dans l'occipito-sacrée, au contraire, il est sans importance, le dégagement étant toujours facile dans la concavité du sacrum.

De plus, le bras peut s'engager dans deux sens différents, soit en passant sur la poitrine le côté de la tête, soit en suivant le dos de l'enfant et la partie postérieure du cou. Si l'on veut alors le dégager, pour ne pas léser son articulation avec l'épaule, il faudra opérer le dégagement dans le sens où l'engagement a eu lieu. Aussi la difficulté ne consiste pas seulement dans l'opération, mais encore à distinguer ces deux modes de redressement l'un de l'autre.

On pourrait aussi, dans le cas qui nous occupe, user du procédé de M. P. Dubois, et conduire l'épaule, qui est en haut, dans la concavité du sacrum; alors le dégagement du bras pourra se faire avec assez de facilité, quel que soit le sens de son redressement. Si cela n'avait pas lieu, on dégagerait promptement la tête et le bras en même temps, ainsi que je vais l'indiquer. Cependant on a posé des préceptes à l'aide desquels, suivant quelques auteurs, il est très-facile de reconnaître ces deux modes de redressement l'un de l'autre : si le redressement a eu lieu dans le sens antérieur et supérieur, l'angle inférieur de l'omoplate est très-éloigné du rachis; il en est au contraire très-rapproché quand le croisement s'est opéré de bas en haut et en arrière.

Il s'en faut de beaucoup qu'il soit facile de différencier ces deux accidents l'un de l'autre, quand on sent une poitrine palpiter entre ses mains, une existence près de s'éteindre, si l'on ne se hâte d'agir. Dans une semblable circonstance, on n'est pas assez maître de soi pour apprécier des distinctions si minutieuses; quelques secondes de retard, et l'enfant a cessé de vivre, c'est un parti prompt et décisif qu'il faut prendre : et, dans tous les cas, ce dégagement serait très-long et très-difficile à effectuer quand bien même on serait fixé sur la nature du redressement; souvent même il serait impraticable.

En effet, comment faire passer facilement et rapidement le bras entre l'occiput et la symphyse des pubis quand ces deux parties sont en contact immédiat.

Mais il faut admettre aussi que les moyens de diagnostic ne sont pas tellement certains qu'ils ne puissent induire en erreur, et si l'on était trompé sur le sens du redressement, ce qui arriverait bien souvent, on s'exposerait à dégager dans un sens un bras qui s'est redressé dans un autre, et l'on tordrait alors l'articulation; ou enfin pendant qu'on chercherait à établir le diagnostic, et qu'on tâcherait de dégager, l'enfant aurait dix fois le temps de succomber.

En présence des difficultés du dégagement et de ses lenteurs, par suite de l'impossibilité où l'on est, dans la plupart des cas, de préciser le diagnostic et à cause du danger d'un dégagement au sens inverse, il vaut bien mieux recourir tout de suite au procédé de madame Lachapelle. « Si l'on éprouve trop de difficulté à dégager le bras placé entre l'occiput et la symphyse, dit-elle, il ne faut pas perdre un temps précieux à tenter un dégagement impossible, mais il faut dégager le bras avec la tête. Le pis est de fracturer le bras[1]. » Cette dernière circonstance ne doit pas arrêter l'accoucheur, car en forçant le dégagement, dans la plupart des cas on produira bien plus souvent la fracture du bras qu'en le dégageant avec la tête.

Application du forceps quand le dégagement de la tête, arrêtée au détroit inférieur, ne peut s'effectuer à l'aide de la main.

Il est extrêmement rare que le dégagement de la tête, arrêtée au détroit inférieur, ne puisse s'effectuer à l'aide de la main seule, et qu'on soit obligé d'appliquer le forceps; bien plus, je suis convaincu que, dans la plupart des cas où l'on s'est cru dans la nécessité d'avoir recours à cet instrument, si l'on s'était servi d'un bon procédé d'extraction, et si l'on avait employé une force suffisante, on aurait pu extraire la tête rien qu'avec la main.

Cependant le détroit inférieur peut être assez rétréci, la résistance des parties externes assez énergique pour que le forceps seul puisse triompher de ces obstacles.

Dans ce cas, la tête peut affecter quatre positions principales, et se présenter fléchie ou défléchie.

A. *Position occipito-pubienne.* — Que la tête soit fléchie ou défléchie, l'application du forceps sera exactement la même; de plus, les règles générales de l'application du forceps seront aussi les mêmes que dans le cas où la tête se présente la première en semblable position. Seulement une règle invariable vient s'ajouter à celles-ci, et régit toutes les applications de forceps après l'issue du tronc.

Le forceps doit toujours être appliqué à la partie antérieure du produit, quelle que soit sa position.

La promptitude est une des premières règles à observer dans cette application. Aussi, on fait envelopper rapidement l'enfant de linges chauds, on le fait relever aussi haut que possible par un aide, et l'on

[1] La fracture du bras est un accident léger chez un nouveau-né, l'important pour l'accoucheur est de ne pas dire qu'il y a fracture, dans la crainte d'inquiéter les parents : une compresse dans laquelle on a glissé une carte imbibée d'eau, et dont on enveloppe le bras, une bande, tel est l'appareil dont il suffit d'user en pareil cas. Au bout de huit à dix jours, on peut le retirer, la consolidation est complète.

applique le forceps en dessous du tronc de l'enfant. La branche à pivot (ou gauche), tenue de la main gauche et guidée de la main droite, préalablement introduite dans les parties, est placée à gauche du bassin ; la branche à mortaise (ou droite), tenue de la main droite et dirigée par la main gauche, est placée à droite. La tête se trouve alors prise par son diamètre bipariétal, et l'articulation effectuée, l'accoucheur saisit les deux extrémités inférieures de l'enfant, en même temps que l'extrémité du forceps, pendant que l'aide soutient toujours le tronc. Puis il dégage la tête en élevant l'instrument de A en I (fig. 191).

Fig. 191.

B. *Position occipito-sacrée.* — Dans la position occipito-sacrée, le forceps s'applique exactement de la même manière que dans le cas précédent, que la tête soit fléchie ou défléchie, mais le mode de dégagement varie suivant l'une ou l'autre de ces circonstances. Enfin, le tronc du produit, dans l'un et dans l'autre cas, doit être aussi abaissé que possible, pour permettre au forceps de s'engager. Il peut arriver cependant que l'instrument ne puisse s'introduire qu'en dessous de l'enfant ; alors il faudrait faire relever le tronc.

Ces précautions prises et le forceps appliqué, si la tête est fléchie, on exercera des tractions de A en I, presque directes et en abaissant un peu l'instrument pour dégager le front de dessous le pubis (fig. 192).

Si la tête est défléchie, le dégagement s'effectuera en élevant l'instrument de A en I (fig. 193), un aide ayant toujours soin dans ces

deux cas de soutenir le tronc, en suivant les mouvements de l'accoucheur.

L'application du forceps est un peu plus difficile dans ces deux

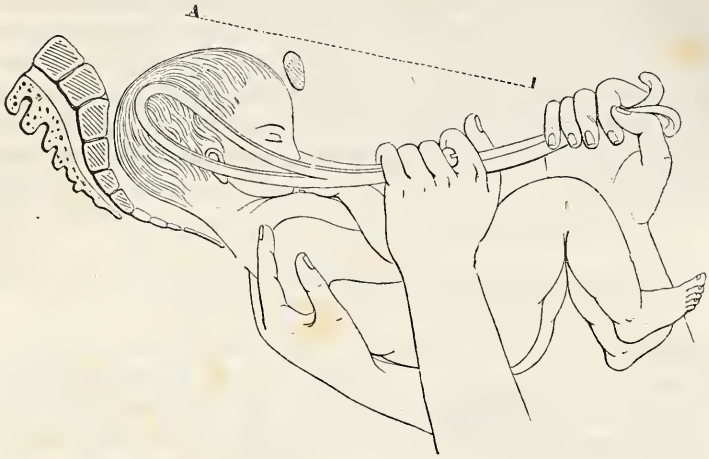


Fig. 192.

cas, où l'occiput est en arrière, que dans le premier, où il était en avant. Mais dans les positions occipito-iliaque gauche ou occipito-iliaque droite, toujours après l'issue du tronc, on éprouve dans le

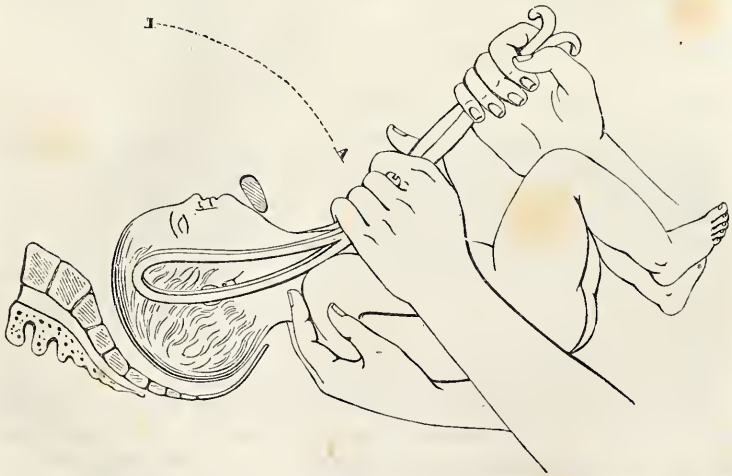


Fig. 193.

placement des branches des difficultés fort grandes : aussi madame Lachapelle a-t-elle donné le conseil très-sage de ramener la face

dans la concavité du sacrum à l'aide de la main, afin d'appliquer ensuite le forceps en situation occipito-pubienne. Pour cela, la main droite de l'accoucheur si le dos est à gauche, la main gauche si le dos est à droite, sera introduite dans la concavité du sacrum, et les doigts réunis, en forme de crochet, iront se fixer sur la face et la ramèneront dans la concavité du sacrum, pendant que l'autre main imprimera au tronc un mouvement analogue (fig. 194.) Cela fait, on

Fig. 194.

extrait rapidement la tête avec la main (fig. 186, p. 692). Ce ne serait que dans le cas d'insuccès de cette manœuvre qu'il faudrait recourir avec promptitude au forceps. Pour cela, le tronc du produit sera maintenu vers la cuisse gauche ; si l'occiput est à gauche, le forceps sera appliqué à la partie antérieure du produit, la concavité des bords regardant l'occiput, c'est-à-dire à gauche, toujours en commençant par la branche à pivot.

L'articulation effectuée, l'accoucheur imprimera au forceps un mouvement de rotation de gauche à droite qui ramènera en même

temps la concavité des bords de l'instrument, et l'occiput sous les pubis. Le dégagement se fera comme en position occipito-pubienne.

Fig. 195.

Dans la position inverse occipito-iliaque droite, le tronc serait maintenu vers la cuisse droite, la concavité des bords de l'instrument dirigée à droite; la rotation s'exécuterait de droite à gauche, etc., etc. (fig. 196).

Ces applications, que la tête soit diagonale ou qu'elle soit transversale, sont extrêmement difficiles; mais, heureusement, dans la plupart des cas, il sera possible de ramener la face dans la concavité du sacrum à l'aide de la main (fig. 194), quand elle répondra à l'un des deux côtés du bassin.

Cette manœuvre a aussi été conseillée pour ramener la face en arrière quand elle répond en haut ; mais elle sera souvent impraticable ; la main et le poignet ne peuvent pas s'engager assez profondément pour contourner la tête et alors les doigts ne peuvent atteindre la face. Il faudrait, pour que cette opération fût possible, que la main de l'opérateur fût fort petite, ou que le bassin fût très-grand, que la tête fût très-petite: dans ce dernier cas cette opération deviendrait inutile, la tête suivrait facilement la torsion imprimée au tronc, et la face pourrait être ainsi ramenée dans la

concavité du sacrum sans introduction de la main et sans forceps.

La tête peut être retenue au détroit supérieur.

A. *Bassin bien conformé.* — Il faut d'abord supposer qu'il n'existe pas de disproportion entre le bassin et la tête de l'enfant. Dans ce

Fig. 196.

cas, la tête ne peut être arrêtée au détroit supérieur, si l'on a ménagé les tractions et surtout si l'on a eu soin de ne les exercer qu'en même tempsque l'utérus se contracte. Elle doit franchir facilement ce détroit en présentant son diamètre occipito-frontal; mais si les tractions ont été faites de continue, la tête n'étant plus retenue dans sa flexion naturelle par la contraction utérine, se défléchit, et vient présenter alors au détroit supérieur son diamètre occipito-mentonnier.

Il faut aussi envisager cet accident dans deux positions principales, occipito-pubienne, occipito-sacrée.

a. *Occipito-pubienne.* — L'occiput est arrêté sur les pubis, le menton sur l'angle sacro-vertébral. L'accoucheur introduit toute sa main au-dessous du tronc du produit, pénètre assez profondément dans les organes, pour aller accrocher la bouche de l'enfant avec l'index et le médius, et, engageant ainsi le menton le premier, il substitue au

diamètre occipito-mentonnier, qui a 13 centimètres et demi, le diamètre occipito-frontal, qui n'a que 11 centimètres. Cette opération n'est pas difficile ; le tronc ne bouche pas assez hermétiquement l'excavation pour qu'une *petite* main ne puisse s'y engager entre la poitrine et la concavité du sacrum, et ne puisse atteindre ainsi jusqu'à la bouche. Je l'ai plusieurs fois constaté par moi-même.

b. *Occipito-sacrée.* — L'occiput est arrêté sur l'angle sacro-verté-

Fig. 197.

bral, le menton sur la symphyse des pubis. Ici, il n'est pas possible d'introduire la main entre la symphyse des pubis et la poitrine de l'enfant pour aller abaisser la bouche, et par suite le menton. Il n'y a pas assez d'espace entre ces parties pour que la plus petite main puisse passer. Il faut donc renoncer à ce procédé. L'accoucheur devra encore introduire la main droite en arrière, afin d'embrasser l'occiput et de le conduire à gauche, et de diriger par suite la face à droite ; ce mouvement doit se combiner d'un mouvement d'élévation du poignet, pour fléchir la tête en soulevant l'occiput. Cela fait, c'est-à-dire la face regardant un des points du côté droit, la main, contournant la tête, tâche d'atteindre la face comme dans la figure 194, et la dirige alors tout à fait en arrière. Puis deux doigts sont introduits dans la bouche, et ils achèvent de fléchir la tête en l'engageant, si elle ne l'est pas suffisamment, et ils la dégagent.

Cette manœuvre, comme on le pense bien, est fort difficile à

exécuter; elle sera souvent même impraticable si la main de l'opérateur est volumineuse. C'est cependant le seul procédé non compromettant pour l'enfant qu'on puisse mettre en usage en pareil cas ; car, si l'on ne peut parvenir à dégager ainsi la tête, on n'a d'autre recours que dans les procédés que j'indique plus bas.

Fig. 198.

B. *Bassin mal conformé.* — J'ai signalé parmi les contre-indications de la version deux circonstances qui ont la même valeur, l'*excès de volume de la tête* et le *rétrécissement du bassin*. Il est souvent facile d'apprécier, avant de pratiquer la version, quel est l'état du bassin ; mais cela n'est pas toujours possible, et il peut arriver qu'en pratiquant la version dans un bassin qu'on croit bien conformé, on soit tout surpris de rencontrer de grandes difficultés pour engager la tête. Ces difficultés révèlent alors un rétrécissement qui, par sa régularité, était resté inaperçu.

Bien plus, par suite de la difficulté qu'on éprouve à apprécier le volume de la tête de l'enfant avant sa naissance, à moins qu'elle n'appartienne à un enfant hydrocéphale, on est souvent exposé à amener, après l'extraction du tronc, une tête trop volumineuse au détroit supérieur.

Cet accident est pour le produit le plus fâcheux de tous ceux qui peuvent compliquer la version. Le difficultés presque insurmon-

tables qu'on rencontre dans l'extraction de la tête défléchie, qui se présente à un détroit supérieur vicié, compromettent presque toujours la vie de l'enfant par les lenteurs qu'elles amènent dans son extraction, et aussi par les manœuvres plus ou moins meurtrières auxquelles on est obligé d'avoir recours pour débarrasser la mère.

La tête défléchie peut s'arrêter dans les deux positions occipito-pubienne, occipito-sacrée, que j'ai admises pour le bassin bien conformé. L'art tâchera d'intervenir de la même manière (voyez fig. 197 et 198). Il réussira quelquefois dans la position occipito-pubienne, et bien plus rarement dans la position occipito-sacrée. Dans le cas où ces tentatives auraient échoué, que faire alors? Appliquera-t-on le forceps, comme le conseil en a été donné sur une tête placée au-dessus du détroit supérieur, le tronc bouchant l'excavation? Cette application est-elle possible? L'expérience prouve que cet instrument ne peut être, dans ce cas, d'aucune utilité; tant que l'enfant est vivant et dont par conséquent le cou n'a pas été allongé par les tractions, il n'y a jamais assez de place dans l'excavation pour que le forceps puisse être guidé jusqu'à la tête; et quand bien même chaque branche isolée pourrait être introduite, il serait impossible de les réunir, de les articuler. Certes, c'est peut-être le cas où la position de l'accoucheur est la plus pénible, la plus difficile.

Il sent la vie de l'enfant près de s'éteindre, et il ne peut lui porter secours sans risquer d'attenter à ses jours par les procédés qu'il est forcé d'employer. Cette position est bien critique; il faut cependant l'accepter.

Le premier des procédés qui se présentent dans la position occipito-sacrée, consiste à tordre avec force le tronc du produit avec la main gauche, de manière à ramener la face en arrière, pendant qu'avec la main droite, dont deux doigts sont introduits dans la bouche, on cherche à fléchir et à engager la tête.

On est souvent, dans ce cas, obligé de s'adjoindre un aide qui tord le tronc de l'enfant et exerce en même temps sur lui des tractions proportionnées à la résistance. On doit, dans ce cas, se bien garder de s'abandonner sur le produit en exerçant ces tractions non pas dans la crainte de le faire périr, sa mort est déjà déterminée, dans la plupart des cas, par la torsion imprimée au tronc, mais afin de ne pas offrir aux assistants le triste spectacle d'une détroncation violente, qui couvrirait de ridicule l'opérateur qui va tomber à quelques pas avec le tronc de l'enfant entre les mains. Jamais une opération, quelle qu'elle soit, ne doit, en obstétrique, revêtir le caractère de la violence. D'ailleurs, les parties

de la mère auraient bien souvent beaucoup à souffrir de ces tractions énergiques, avant que le cou cédât et surtout au moment où il céderait.

Si, après cette torsion du tronc et des tractions exercées sur lui, il devenait impossible d'extraire la tête à l'aide de la main, on pourrait alors recourir au forceps avec grand avantage; le cou de l'enfant se sera assez allongé dans ce cas pour permettre au tronc de sortir des organes, et l'instrument pourra pénétrer. Il suffira d'un léger effort exercé sur le tronc pour fixer la tête au détroit supérieur, et pour l'empêcher de fuir au-devant de l'instrument. Opérer dans ce cas la section du cou de l'enfant, ce serait se priver de ce moyen de fixer la tête, et se créer souvent de grandes difficultés résultant de la mobilité de celle-ci. Cette faute, je l'ai commise une fois, je l'ai vu commettre par quelques autres et cela m'a permis de me convaincre des difficultés énormes qu'on peut rencontrer ensuite, soit pour saisir la tête, soit pour la briser.

La tête restant saisie par le forceps, si elle résistait encore, il faudrait pratiquer la perforation du crâne, et faire pénétrer alors les ciseaux de Smellie par la partie cervico-occipitale de la tête; et si l'on éprouvait trop de difficulté à agir dans ce sens, retirer le forceps, abaisser avec deux doigts la mâchoire inférieure, et introduire, d'après le conseil que j'en ai donné, les ciseaux de Smellie par la bouche et la voûte palatine. C'est un procédé sûr, d'une innocuité parfaite pour la mère, et qui m'a paru bien plus facile que celui qui est généralement conseillé. (Voyez plus loin : *Perforation du crâne*, p. 712).

C'est une dure extrémité à laquelle ne sera pas souvent réduit l'accoucheur prudent qui cherche bien à apprecier l'état du bassin avant d'agir, et qui a soin de n'exercer des tractions modérées que pendant la contraction utérine. Si l'homme de l'art est quelquefois réduit à agir ainsi dans des cas de cette nature, c'est toujours après que des tentatives de version mal dirigées et dans un bassin rétréci ont compromis la vie de l'enfant : il n'a plus alors qu'à s'occuper du salut de la mère.

Je ne me suis pas occupé, dans cet article, de la brièveté du cordon comme complication de la version. En effet, plus haut j'ai traité longuement de ce sujet. Les indications sont, du reste, exactement les mêmes, que cet accident vienne compliquer la version ou l'accouchement spontané.

Cependant, il est important de signaler un accident très-grave qui peut se manifester dans la version, si l'on n'a pas soin de relâcher le cordon en tirant sur la portion placentaire, dès que l'ombilic

apparaît au dehors : c'est l'arrachement du cordon à l'ombilic; j'y reviendrai en temps utile.

ARTICLE III.

DE LA CÉPHALOTOMIE.

La céphalotomie comprend plusieurs opérations : 1° la perforation du crâne; 2° l'écrasement de la base du crâne.

§ 1. — De la perforation du crâne.

C'est à l'aide des ciseaux de Smellie qu'on pratique la perforation du crâne : c'est l'instrument qui doit être préféré. Cependant on pourrait également se servir d'un bistouri ou du perforateur adapté à l'extrémité d'une des branches de certains forceps ; mais ce dernier instrument surtout est bien loin de présenter les avantages des ciseaux de Smellie.

La femme, placée comme pour l'application du forceps, ou pour la version, l'accoucheur graisse convenablement sa main gauche, l'introduit tout entière, excepté le pouce, dans les organes maternels ; puis il saisit de la main droite les ciseaux, dont la pointe est garnie d'une petite boule de cire, et les glisse sur la face palmaire de la main gauche, et les dirige ainsi jusque sur la tête. Arrivé là, il choisit autant que possible une suture ou une fontanelle, pour opérer la perforation plus facilement; mais, avant tout l'instrument devra agir perpendiculairement à la tête, pour éviter le glissement et la lésion, non pas des parties maternelles, mais de la main de l'opérateur qui doit toujours être interposée entre la tête et la partie postérieure du bassin. Si donc il doit s'écarter de cette ligne perpendiculaire pour agir sur une fontanelle ou une suture, l'accoucheur devra renoncer à opérer la perforation sur un de ces espaces membraneux, et il agira sur le point de la tête qui se présente plus directement à la pointe de l'instrument. Quelques mouvements de rotation, imprimés en sens inverse, suffiront, à l'aide d'un léger effort, pour vaincre la résistance des os du crâne, et l'accoucheur aura la conscience qu'il a pénétré dans la masse cérébrale, lorsque cette résistance n'existera plus. Alors il écarte les manches de l'instrument, les tourne en différents sens, et délaie ainsi la masse célébrale ; puis il rapproche les branches de l'instrument, et, en les maintenant entre le pouce et l'index de la main

Fig. 199.

droite, il leur donne le degré d'écartement qu'il juge convenable pour agrandir suffisamment la perforation, en retirant les ciseaux. Ces ciseaux, en effet, représentent une espèce de lance dont les bords externes sont tranchants. Alors, au moment où on les retire du crâne, en les conduisant avec précaution sur la main gauche, qui est restée dans le vagin pendant toute l'opération, on incise les téguments plus largement, pour donner une plus facile issue à la masse cérébrale délayée [1].

On remplace la petite boule de cire ou le petit bouchon de liége qu'on est obligé de mettre au bout de ces ciseaux pour éviter que leur pointe ne blesse la femme au moment de l'introduction par une gaîne que j'ai fait fait faire par M. Charrière. Cette gaîne, qui recouvre la pointe et les tranchants des ciseaux de Smellie (fig. 200), s'articule au point A avec le point B de l'instrument (fig. 201), et permet d'introduire cet instrument avec sûreté. Dès qu'il est parvenu sur la tête du fœtus, on abaisse cette gaîne, et la pointe et les tranchants restent à nu.

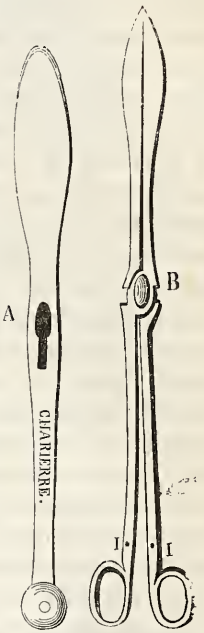


Fig. 200. Fig. 201.

On a conseillé, après la perforation, de faire des injections dans la boîte osseuse même, afin de favoriser l'évacuation de la masse cérébrale; mais j'ai pu me convaincre que ces injections étaient complétement inutiles ; elles compliquent et rendent plus repoussante, plus pénible, une opération dont il faut, autant que possible, dissimuler les conséquences.

Ainsi, après que les ciseaux sont retirés, si l'on ne fait pas d'injections, les contractions utérines, le forceps ou le céphalotribe, si le degré de rétrécissement en réclame l'usage, suffisent pour déterminer l'évacuation de la masse cérébrale, que l'accoucheur reçoit dans des linges, et qu'il cache aux yeux des assistants ; tandis que l'eau des injections, teinte de sang, mêlée de détritus de la masse cérébrale, s'écoule avec abondance des organes, et donne à cette opération toute chirurgicale l'apparence d'une boucherie.

Si le degré de rétrécissement permet l'expulsion spontanée de la tête réduite, on recouvre la femme, on la replace dans son lit, et

[1] On voit par ces détails qu'il n'est pas possible de léser l'utérus à sa partie postérieure. Voyez *Obstacles déterminés par la rétraction du col.*

on livre l'expulsion du produit aux efforts spontanés; toutes les fois qu'on peut agir ainsi, cette conduite est certainement la plus sage; car l'application du forceps, à plus forte raison celle du céphalotribe, présente des dangers auxquels il faut, autant que possible, soustraire la malade. Mais si la femme est épuisée, s'il y a inertie utérine, il faut avoir recours au forceps. (Voyez les règles de cette application, quand la tête est au-dessus du détroit supérieur.) L'instrument, dans ce cas, est d'une application bien plus difficile et plus dangereuse par suite de la difficulté qu'on rencontre à discerner le cuir chevelu perforé, des parties maternelles; de plus, une fois appliqué, il est plus sujet au glissement que lorsque la tête n'a pas été perforée. Il faudra avoir soin d'en lier bien exactement les manches avec une serviette, afin de prévenir cet accident. Si le bassin avait moins de 8 centimètres (3 pouces), ce serait au céphalotribe qu'il faudrait avoir recours. Un fait extraordinaire, qui vient tout récemment de s'accomplir à la Clinique d'accouchement a douloureusement impressionné ceux qui en ont été témoins. Un enfant survécut pendant une heure après son extraction, quoique tout l'hémisphère gauche du cerveau eût été délayé par les ciseaux de Smellie. Ne pourrait-on pas poser en précepte, pour éviter qu'à l'avenir une semblable circonstance ne puisse se reproduire, qu'il faut détruire autant que possible toute la masse encéphalique?

La perforation du crâne pratiquée quand la tête se présente la première au détroit supérieur est une opération facile. Une suture, une fontanelle s'offrent au perforateur, et à leur défaut les os du crâne cèdent au plus léger effort des ciseaux de Smellie, et pourvu que l'opérateur ne perde pas de vue ce précepte important, agir avec mesure et bien perpendiculairement à la tête, il est certain de ne pas léser les organes maternels. Il faudrait une bien grande inexpérience, et mieux, le vouloir, pour arriver à ce déplorable résultat.

Il n'en est pas de même dans le cas où la tête, après l'extraction du tronc, se trouve arrêtée au détroit supérieur rétréci; dans ce cas, la perforation est difficile, et peut être dangereuse pour la main de l'accoucheur, ou pour la mère, si l'on a négligé d'introduire l'autre main, et si l'on veut perforer le crâne par la partie occipitale ou frontale. En effet, en agissant sur ces parties, l'instrument n'est pas dirigé perpendiculairement, et comme ces parties résistent plus que le sommet, l'instrument est plus sujet à glisser. La première fois que je rencontrai cette circonstance, je fus conduit instinctivement à suivre un tout autre procédé que celui qui est recommandé. La nécessité où l'on est, dans ce cas, d'aller accrocher la mâchoire inférieure à l'aide de deux doigts introduits dans

la bouche pour tâcher d'engager la tête trace la marche qu'il faut suivre; si l'on échoue dans ces tentatives d'extraction, la perforation devenant indispensable, on laisse les deux doigts dans la bouche, on abaisse fortement la mâchoire inférieure, les ciseaux de Smellie sont introduits dans la bouche et pénètrent facilement et très-sûrement dans la masse cérébrale en perforant la voûte palatine. Par ce procédé, on peut agir perpendiculairement, et, dans tous les cas, on n'a pas de glissement à craindre en suivant cette voie.

Ce procédé est si simple et si rationnel, on est conduit si naturellement à en faire usage, que je suis certain qu'il a été plus d'une fois pratiqué; cependant je ne le vois pas conseillé : il m'a été si utile dans les fréquentes occasions qui m'ont été offertes de m'en servir, que j'ai cru devoir le recommander [1], et en consacrer ainsi l'usage dans la pratique.

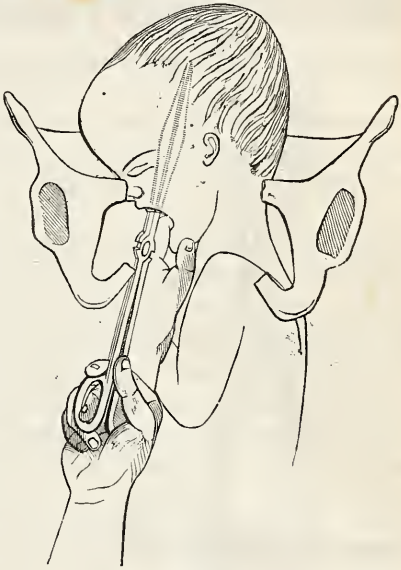


Fig. 202.

§ 2. — De la céphalotripsie.

Le céphalotribe, ou forceps compresseur de la tête, inventé par M. Baudelocque, neveu du célèbre accoucheur [2], est un instrument précieux qu'on ne saurait trop défendre contre ses détracteurs. Il remplace avec avantage les crochets aigus et tout cet arsenal de pinces tranchantes ou armées de dents, qui sont presque aussi meurtrières pour la mère que pour l'enfant.

Cet instrument, composé de deux branches comme le forceps (fig. 203), a subi, depuis son invention, des modifications assez utiles : ainsi, la courbure des bords, n'étant pas assez prononcée pour qu'elle pût bien s'accommoder aux deux axes combinés du bassin, a été augmentée. La figure 204, qui reproduit le céphalo-

[1] *Union médicale*, 27 juillet 1850.

[2] Mon ami et mon ancien maître, le docteur Colombe, avait avant, cette époque, fait construire un forceps compresseur qui, dans beaucoup de cas, aurait pu remplir le même but que le céphalotribe. M. Tersitani, de Naples, a présenté aussi à l'Académie un céphalotribe de son invention, qui présente de grands avantages.

tribe dont je fais usage, représente cette modification. De plus, elle permet d'apprécier plusieurs autres perfectionnements exécutés par M. Charrière.

La mécanique latérale a été remplacée par une autre [1], placée à l'extrémité d'un des manches, et qui permet d'opérer le rapprochement des manches au moyen d'une courroie dont l'usage est bien moins gênant que celui de la mécanique primitive.

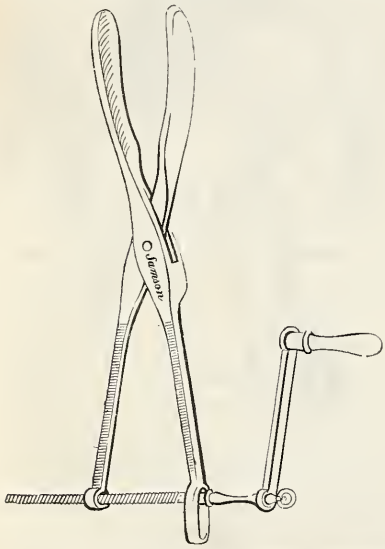


Fig. 203.

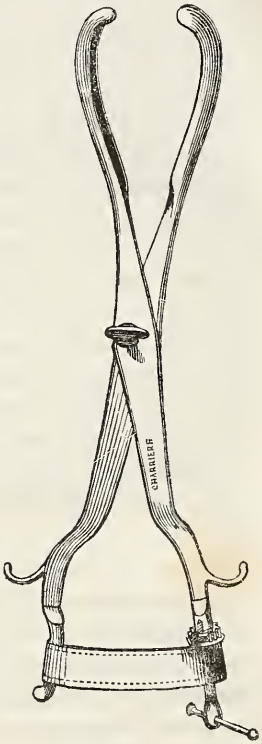


Fig. 204.

Afin d'éviter le glissement de l'instrument, l'extrémité des cuillers a été recourbée de manière que l'une rentre dans l'autre, les parties comprimées se trouvant ainsi saisies de telle sorte qu'elles ne peuvent échapper.

Avant l'invention du céphalotribe, dans les cas où le rétrécissement du bassin n'était pas assez prononcé pour obliger à pratiquer l'opération césarienne, on se servait des crochets aigus, et l'on sacrifiait du même coup l'enfant et la mère; et alors, bien des accoucheurs, qui reculaient avec raison devant l'usage de ces crochets aigus, préféraient à bon droit pratiquer l'opération césarienne, dans

[1] Cette mécanique n'est autre que celle des écrans de cheminées, et c'est sur un de ces meubles que j'ai prié M. Charrière de prendre modèle; quant à la courroie, elle représente le taffetas vert qui monte et qui descend à volonté.

les cas où, avec un bon instrument, il eût été possible de sauver la mère en agissant sur l'enfant.

En effet, l'opération césarienne laissait autant de chances à la mère que les crochets, et au moins permettait d'extraire l'enfant vivant; bien plus, dans plusieurs circonstances où la mort de l'enfant était certaine, la crainte de sacrifier la mère en employant les crochets aigus a encore déterminé des accoucheurs à préférer l'opération césarienne.

Mais maintenant que nous possédons le céphalotribe, la conduite de l'accoucheur doit être tout autre.

Ainsi, quand l'enfant a succombé, le choix ne peut être douteux, et toutes les fois que le rétrécissement du bassin pourra permettre au céphalotribe de pénétrer dans l'utérus, ce sera à cet instrument qu'on devra seulement recourir.

La céphalotripsie est plus difficile que l'opération césarienne : c'est certainement cette raison qui fait préférer cette dernière par certains accoucheurs; mais si la céphalotripsie est faite suivant certaines règles, en mettant en pratique certains procédés, presque toutes les difficultés disparaîtront, et elle donnera des résultats bien plus avantageux pour la mère que l'opération césarienne, et cela aura lieu même dans le cas où l'opérateur serait encore peu habitué au maniement du céphalotribe, pourvu qu'il remplisse toutes les indications que je tracerai bientôt.

Certainement, quand les battements du cœur de l'enfant s'entendent encore, c'est un parti bien pénible à prendre que d'agir sur lui; aussi, dans les localités où l'opération césarienne compte quelques succès, verra-t-on quelques accoucheurs préferer cette dernière opération. En devra-t-il être de même dans les grands centres de population, à Paris, par exemple, où opérer par la section césarienne, c'est déterminer presque à coup sûr la mort de la femme? Je me suis prononcé pour la négative, et je donne la préférence à la céphalotripsie, dès que toutes les tentatives compatibles avec le salut de l'enfant ont été épuisées en vain, les battements du cœur de l'enfant ne fussent-ils pas encore complétement éteints. Voici sur quoi je me fonde pour en agir ainsi :

Il faut distinguer chez le produit intra-utérin la vie actuelle et la viabilité, c'est-à-dire l'aptitude à la vie extra-utérine. Les battements du cœur peuvent encore se faire entendre, quand déjà la viabilité est compromise, et si le produit était extrait dans ces conditions, quoique vivant à l'aide des liens vasculaires qui l'unissent à sa mère, il cesserait bientôt de vivre. En peut-il être autrement dans les cas où, avant de se décider à agir, il faut d'abord constater l'insuffisance de

la nature pendant un temps assez long, puis appliquer le forceps, s'il est possible, exercer des tractions énergiques et suffisamment prolongées pour que l'insuffisance du forceps soit aussi constatée? Alors, la prolongation du travail et les tentatives de l'art compromettent bien souvent la vie de l'enfant, bien qu'elle ne soit pas complétement éteinte.

Aussi, le plus ordinairement, quand viendra le moment d'agir par le céphalotribe, l'enfant aura succombé, ou sera inapte à vivre de la vie extra-utérine, et la conscience de l'accoucheur lui reprochera bien moins les quelques chances si incertaines que le céphalotribe enlève à l'enfant, quand cet instrument assurera, dans la majorité des cas, l'existence de la mère.

Quelques accoucheurs, comme je l'ai dit déjà, mus par un sentiment de sensibilité bien mal entendu, pour ne pas éteindre ce reste de vie intra-utérine chez le fœtus, attendaient, pour agir, que les battements eussent cessé complétement. Ils ne sacrifiaient pas l'enfant vivant, mais ils le laissaient mourir, ce qui revenait exactement au même, mais ce qui était bien différent pour la mère; car il faut souvent que la mère endure de bien longues heures de douleur, des souffrances inouïes, pour que ce reste de vie intra-utérine cesse chez le fœtus, et alors quand les battements du cœur se sont complétement éteints, la mère, exténuée, dans un état voisin de la mort, ne peut supporter l'opération, et du même coup on sacrifie l'enfant et la mère. C'est cette manière d'agir si peu raisonnable, qui a contribué à jeter tant de défaveur sur le céphalotribe.

Dès l'apparition de cet instrument dans la science, on crut voir dans cette précieuse invention un moyen d'éviter l'opération césarienne dans bien des cas; mais employé par des mains peu exercées, avant qu'il fût diminué de poids, son usage fut suivi de nombreux accidents, et des esprits prévenus, attribuant à l'instrument les désordres que la main seule fait commettre, n'hésitèrent pas à condamner le céphalotribe.

D'autres, plus expérimentés, ne déterminèrent aucun de ces désordres, mais ne parvinrent à sauver, à l'aide de cet instrument, qu'un petit nombre de femmes, parce qu'ils ne l'employaient que sur la femme épuisée, presque mourante; d'autres préconisèrent et pratiquèrent encore l'opération césarienne à des degrés de rétrécissement où le céphalotribe peut suffire, et sacrifièrent ainsi bien des femmes.

Comme je l'ai dit dès 1842 (page 428) et en 1845 (page 474), cette publication contribua à ramener les accoucheurs à des idées plus justes. Aussi, depuis ce temps, voit-on très-souvent la céphalotripsie pratiquée avec succès pour la mère.

Voici comment j'ai toujours procédé :

1° Dès que tous les moyens compatibles avec le salut de l'enfant ont été mis inutilement en usage, dès qu'on a donné à l'expectation tout ce qu'on peut lui accorder, sans compromettre la santé de la mère, si le céphalotribe et ma main peuvent pénétrer dans le bassin, je donne la préférence à la céphalotripsie, les battements du cœur de l'enfant ne fussent-ils pas encore éteints complétement.

Mais avant, je pratique l'ondoiement, *in extremis,* en touchant la tête de l'enfant avec l'eau, et en prononçant les paroles consacrées.

2° Puis après avoir pris toutes les précautions recommandées à l'article *Forceps au détroit supérieur,* et avoir placé la femme sur l'*extrême bord de son lit*, placé en travers, les cuisses soutenues par deux aides, etc., etc., si j'ai pu appliquer le forceps, avant de retirer cet instrument, je pratique la perforation du crâne dans le mors du forceps, et j'exerce une forte compression sur les manches pour évacuer la masse cérébrale. Il m'est arrivé souvent de réussir ainsi à extraire le produit, sans être obligé d'user du céphalotribe; mais si la base du crâne fait obstacle parce que le rétrécissement est trop prononcé, je retire le forceps et j'applique le céphalotribe.

Cette perforation du crâne doit toujours précéder la céphalotripsie, c'est un des moyens d'assurer le salut de la mère. Je reviendrai en temps utile sur cette considération quand je parlerai de l'extraction des parties broyées par l'instrument.

3° L'introduction entière de la main dans les organes pouvant seule rendre l'introduction des branches jusque dans l'utérus inoffensive pour la mère, je me conforme toujours à cette règle. (Voyez *Procédé Hatin*, *Forceps.*) Son observation est d'autant plus indispensable que la main qui tiendra l'instrument est moins exercée. Cette introduction entière de la main fait disparaître toutes les difficultés de cette opération, à bon droit réputée si difficile par les procédés ordinaires, et épargne à la mère tous les dangers que peut lui faire courir l'introduction des branches guidées par les mêmes procédés ordinaires.

Un aide repousse à travers les parois abdominales, d'avant en arrière, la tête de l'enfant, pour la placer juste au centre du détroit supérieur. Cette précaution est indispensable pour que la tête soit bien prise par le céphalotribe en plein (fig. 205) ; sans cela, par suite de l'antéversion si ordinaire dans ces cas, elle se trouverait placée sur les pubis et ne serait prise que par sa partie qui regarde en arrière du bassin, et le céphalotribe glisserait hors des organes sans avoir rien saisi (fig. 206).

A l'aide de la main introduite entièrement, on constate que la

tête est bien saisie et qu'aucune partie de la mère n'est prise en même temps.

Si la tête est perforée, la main permettra facilement à l'accou-

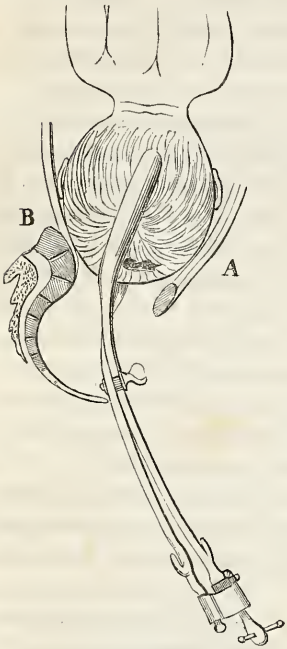


Fig. 205.

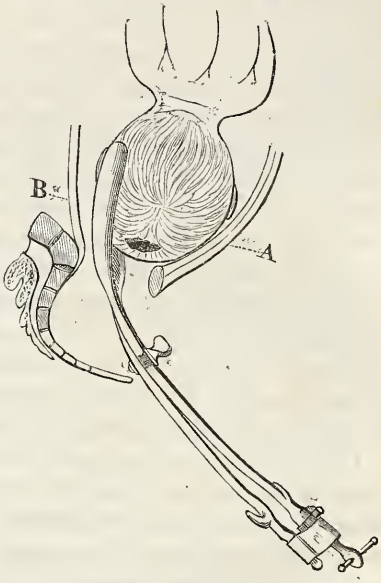


Fig. 206.

cheur de discerner les parties maternelles des parties fœtales, distinction qu'il n'est pas toujours facile de faire, même avec une main exercée. Cette difficulté, je l'ai vu signalée pour la première fois par M. P. Dubois, et depuis, j'ai pu me convaincre de la réalité de cette observation.

4° Une fois que la première branche du céphalotribe est introduite, on peut retirer la main qui a servi à la guider, et réintroduire l'autre de la même manière pour obtenir aussi les mêmes résultats dans le placement de la seconde branche; mais il est bien plus avantageux, comme le conseille M. F. Hatin, et comme je le fais toujours, de laisser cette main introduite dans le vagin et dans l'utérus, pour guider la seconde branche. En effet, en la laissant, on épargnera à la femme la douleur que lui causerait l'introduction de la seconde main; puis, ce qui est capital, cette main passant de l'autre côté, du bassin, sans quitter la tête, la maintiendra contre la première cuiller appliquée, s'opposera en un mot aux conséquences si fâcheuses de sa mobi-

lité, et assurera le succès et l'innocuité parfaite de l'application des branches.

A l'aide de ces procédés, la tête se trouve sûrement, facilement et solidement prise. On serre le céphalotribe fortement, et il ne s'agit plus que d'extraire sans compromettre les organes maternels. Pour cela : 1° avant d'exercer des tractions, on introduit la main pour tâcher de retirer les esquilles qui se sont fait jour par la perforation ; si elle ne suffit pas, on se sert de pinces à mors dentelés; 2° on n'engage la tête aplatie qu'après avoir changé sa situation et avoir mis le plus grand diamètre de la tête, fait artificiellement par la compression qu'elle a subie, en rapport avec le plus grand diamètre du bassin. Pour cela, on fait exécuter à l'instrument un mouvement de rotation qui dirige la concavité des bords du céphalotribe vers un des côtés du bassin, ou tout au moins diagonalement, puis après on exerce des tractions énergiques, mais mesurées. Quand la résistance est trop vive, on retire l'instrument pour le réappliquer de nouveau par les mêmes procédés, et l'on prend dans les mors de l'instrument le grand diamètre de la tête fait artificiellement par l'aplatissement de cette dernière, et on l'aplatit aussi, puis on retire les esquilles. Cet aplatissement fait de nouveau un grand diamètre artificiel qui se trouve en rapport avec le point rétréci du bassin, et qu'il faut encore mettre en rapport avec le grand diamètre du bassin en faisant exécuter au céphalotribe un demi-tour de rotation semblable au premier.

Alors on exerce de nouveau quelques tractions, et si elles sont encore infructueuses, on recommence l'application, on retire les esquilles, et ainsi de suite jusqu'à ce que la tête cède aux tractions.

Enfin, il faut diminuer le volume de la base du crâne dans tous les sens, si l'on veut que l'extraction soit aussi inoffensive que possible pour la mère [1].

5° Il faut aussi perforer la tête dans les mors de l'instrument, si elle n'a pas été précédemment perforée, non pas que la pression du céphalotribe ne puisse suffire à faire éclater la boîte osseuse, mais parce que les esquilles, se faisant jour par la perforation qu'on aura faite au centre du bassin, risqueront bien moins de léser les organes maternels que si elles se faisaient jour spontanément par une rupture du crâne qui aurait pu se faire à la périphérie de la tête; cette perforation au centre rendra aussi plus facile l'extraction de ces esquilles.

6° Malgré cette précaution, on devra encore, au moment de l'ex-

[1] On voit ici la preuve que le procédé de brisement de la tête en tous sens m'appartient. Nulle part il n'avait été formulé avant la publication de ce livre.

traction, préserver les parties de la mère à l'aide de la main introduite, et qui dirige convenablement les esquilles qui n'auraient pas pu être enlevées, les éloigne des organes maternels qu'elles pourraient léser.

C'est à l'aide de ces procédés, qui sont accessibles à toutes les mains, pourvu qu'elles aient quelque habitude du maniement du forceps, qu'il sera possible de délivrer des femmes qui ne pourraient l'être que par l'opération césarienne, en éloignant d'elles presque tous les dangers qu'elles rencontrent dans la céphalotripsie faite suivant les procédés ordinaires.

C'est en suivant ces règles que j'ai pu, à 66, à 60, même à 54 millimètres, extraire des fœtus broyés sans porter aucune atteinte à la santé des mères. (Voyez les *Observations* des pages 560 et suivantes.)

M. Van-Huevel a imaginé, dans ces derniers temps, un forceps-scie, dont le mécanisme est fort ingénieux : il permet de diviser la tête du fœtus dans sa longueur, de bas en haut, sans craindre de compromettre les organes maternels. Déjà, dans plusieurs circonstances, notre savant confrère de Bruxelles a fait l'application de son instrument. En 1844, pour la première fois, la femme a été sauvée. Dans une des dernières opérations qu'il a faites, le 11 novembre 1848, le résultat fut aussi heureux. Il est bien regrettable qu'un instrument aussi précieux soit d'un prix si élevé, et qu'à cause de sa largeur il ne puisse pénétrer dans les bassins aussi rétrécis que le céphalotribe, et par conséquent qu'il ne puisse pas remplacer complétement cet instrument.

Il est composé :

1° D'un forceps ordinaire, dont chaque branche porte à l'intérieur deux tubes aplatis en sens opposé et soudés l'un à l'autre, de manière que leur coupe horizontale représente un ⊟ renversé. Ils sont courbés de dehors en dedans comme le forceps lui-même, mais dirigés en ligne droite de bas en haut et d'arrière en avant. De ces tubes, l'*interne*, placé de champ selon la largeur de la cuiller, sert de coulisse à une lame d'acier conductrice de la scie ; l'*externe*, étendu en travers, loge le prolongement de la chaînette. Ils communiquent ensemble par une large fente qui divise tout du long les parois interne et externe du premier, et le côté interne seulement du second. Le forceps est articulé par entablement à mi-fer avec clou mobile ; par derrière, sur la base de celui-ci, pivote un support percé d'un trou dans lequel s'engage l'extrémité d'une clef à cannelures (B).

2° D'une longue chaîne à pendule, dentée en scie vers le milieu dans l'étendue de 24 centimètres, et munie de manches transversaux C,

dont l'un d'eux peut être décroché. Cette chaînette passe par l'ouverture supérieure de deux lames d'acier flexibles en haut, plus épaisses et dentelées en bas A, lesquelles, en pénétrant dans les tubes internes, conduisent la scie entre les cuillers du forceps.

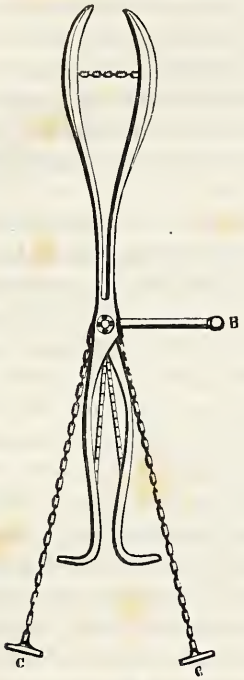


Fig. 207.

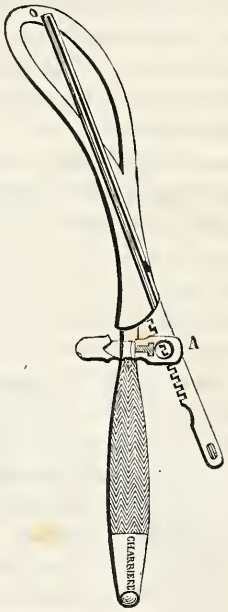


Fig. 208.

3° D'une longue clef B à cannelures et à collet, comme celle du brise-pierre de Heurteloup, entrant dans le trou du support sous la base du clou articulaire, s'engrenant avec les dents des lames conductrices A, et servant à faire remonter vers la tête du fœtus ces lames conductrices de la scie, à mesure que celle-ci opère.

Pour pratiquer l'opération avec cet instrument, la femme est placée comme pour l'application du forceps au détroit supérieur. Le forceps appliqué, on l'articule, puis on fait quelques tractions légères pour s'assurer de sa bonne application et de la résistance de la tête. Le chirurgien confie à un aide placé un peu de côté et à sa droite le manche de l'instrument qu'il entoure d'un lien solide : alors, ayant plongé dans l'huile l'extrémité des lames conductrices armées de la scie, il les fait pénétrer l'une et l'autre dans leurs coulisses respectives, jusque contre la tête du fœtus ; il passe ensuite la

clef sous la cuisse gauche de la femme et en engage le bout cannelé dans l'ouverture du support; l'aide saisit de la main droite le manche de la clef B et la fait tourner lentement sur son axe, pendant que l'opérateur, assis ou agenouillé au pied du lit, met la scie en mouvement. Une attention à prendre, c'est que la chaînette ne soit point contournée et que les tractions se fassent dans la direction des coulisses. La rotation de la clef doit s'exécuter avec lenteur, car s'il en était autrement, la scie presserait trop fortement contre les os du crâne, et sa marche serait entravée. Quand cela arrive, l'aide détourne légèrement la clef et continue ensuite la manœuvre jusqu'à la fin de l'opération.

La section terminée, on ôte la clef et l'on décroche un des manches de la chaînette pour la retirer; on retire également les lames conductrices, et enfin les branches de l'instrument, après leur désarticulation.

A ce temps de l'opération, si la femme n'est pas épuisée, que des douleurs expulsives se déclarent, on laisse agir la nature, après s'être assuré par le toucher de la disposition des segments : bientôt une partie du cerveau s'échappe; les bords des os sciés chevauchent l'un sur l'autre; les deux morceaux du crâne, surtout le postérieur, s'aplatissent en vertu des sutures flexibles qui la traversent, et finalement le fœtus est expulsé. Quand, au contraire, les forces sont abattues, on saisit avec une pince à faux germe ou une tenette la portion séparée de la base, et l'on en fait l'extraction. Si, parce que les cuillers du forceps n'ont pas été portées assez avant dans le bassin, la division n'était pas complète jusqu'en haut, il faudrait imprimer à la tenette des mouvements de torsion, de va-et-vient, afin de rompre les adhérences; du moment que la partie sera détachée, on pourra l'extraire sans peine par suite de sa flexibilité, et le reste passera facilement.

Cependant, si l'on rencontrait encore quelque difficulté pour l'extraction des segments, rien n'empêcherait de faire une seconde section, différente de la première, en donnant au forceps une autre direction : le crâne, déjà divisé en travers, se laissera déprimer sans obstacle, et ne pourra pas s'opposer à l'application diagonale des branches. Après cette seconde opération, la boîte osseuse serait partagée en quatre portions inégales, faciles à être comprimées en tout sens et qui seraient entraînées sans effort.

S'il arrivait que le fœtus se présentât par les pieds, ou que, la version faite, la tête seule offrît de la résistance, le procédé opératoire resterait le même, mais l'extraction deviendrait beaucoup plus aisée. Un aide relèverait le corps de l'enfant contre le ventre de

la femme, le forceps serait appliqué du menton à l'occiput, et la section achevée, on tirerait sur le tronc, qui céderait au moindre effort. Les doigts ou la tenette entraîneraient ensuite le segment resté dans la matrice.

Quand la face est tournée en avant, on porte le corps du fœtus en arrière pour introduire l'instrument sous le pubis ; si l'on ne peut y parvenir, on soulève l'enfant, et en portant le forceps par derrière sur l'occiput, on obtient encore le même résultat.

Enfin, ce procédé pourrait être employé après la détroncation, pour peu que la tête présentât de la résistance. En cas de monstruosité (fœtus double, développement d'une tumeur solide à la surface de l'enfant, etc.), nul autre moyen n'aura autant d'avantages ; du moment qu'il sera possible d'appliquer le forceps, n'importe la partie disproportionnée qu'on rencontre à l'ouverture du bassin, la scie pourra toujours en réduire le volume et en rendre l'extraction plus facile [1].

ARTICLE IV.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA MÈRE.

Grâce à l'accouchement prématuré artificiel et au céphalotribe, des opérations qu'on se voyait dans la nécessité de pratiquer sur la mère pour extraire l'enfant, l'une, la symphyséotomie, n'est plus en usage ; l'autre, l'opération césarienne, n'est plus pratiquée que dans les cas tout à fait exceptionnels.

§ 1. — De la symphyséotomie.

La section de la symphyse pubienne a été conseillée dans les cas où le bassin ne présente que depuis 9 centimètres jusqu'à 7 centimètres, mais l'accouchement prématuré artificiel pendant la grossesse, et la céphalotripsie, si par malheur les secours de l'art ne sont pas réclamés assez à temps pour qu'on puisse provoquer l'accouchement prématuré, ont fait abandonner cette opération.

Un peu moins grave pour la mère que l'opération césarienne, elle est loin de présenter les mêmes avantages pour l'enfant ; les efforts qu'on est obligé d'exercer presque toujours sur lui, pour l'extraire, compromettent souvent sa vie. C'est ce qui eut lieu dans la dernière

[1] On trouve dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* (1850), l'observation d'une application du forceps-scie publiée par M. Lados et Fraeys.

L'*Abeille médicale*, du 16 juillet 1852, contient un autre fait de ce genre dû à M. M. J. Bessems.

opération dont la relation a été communiquée à l'Académie de médecine par MM. Foucault et Dairaux [1]...

En effet, la section de la symphyse pubienne ne donne pas à un bassin rétréci une ampliation telle, qu'un produit d'un volume normal puisse le traverser sans efforts préjudiciables à la mère et à l'enfant.

Je ne prendrai pas pour exemple 9 centimètres de rétrécissement ; à ce degré, l'accouchement à l'aide du forceps peut encore avoir lieu, sans la section pubienne. Mais, au-dessous de ce terme, jusqu'à 7 centimètres, quels sont les avantages que l'on pourrait tirer de la symphyséotomie?

Il n'est pas possible de porter l'écartement des symphyses plus loin que 5 centimètres 1/2, ce qui n'augmentera le diamètre antéro-postérieur que de 1 centimètre ; si l'on ajoute à cela 7 millimètres donnés par l'engagement de la bosse pariétale dans l'écartement des pubis, on aura 1 centimètre 1/2 d'augmentation pour le diamètre antéro-postérieur. S'il y a 8 centimètres 1/2, cette augmentation lui donnera en tout 9 centimètres 1/2 et l'accouchement pourra être spontané ; si l'on était obligé de recourir au forceps, l'engagement de la tête pourra s'effectuer sans déterminer vers les symphyses sacro-iliaques un écartement préjudiciable à la mère.

A 7 centimètres 1/2 l'écartement obtenu ne dispensera pas d'exercer sur la tête de l'enfant des efforts assez considérables à l'aide du forceps ; aussi l'opération aura-t-elle, à ce degré de rétrécissement, une plus grande gravité pour la mère et pour l'enfant.

Si maintenant le bassin n'avait que 7 centimètres, il ne pourra atteindre au maximum que 8 centimètres 1/2, et alors le forceps sera souvent insuffisant, et la perforation du crâne et la céphalotripsie deviendraient nécessaires, malgré la symphyséotomie ; autrement dit, on aurait sacrifié la mère sans profit pour l'enfant.

Et si par hasard l'enfant était extrait vivant, cela dépendrait de conditions très-rares à rencontrer réunies, le petit volume de la tête, sa réductibilité, le relâchement naturel des articulations sacro-iliaques. Malheureusement c'est dans les rétrécissements les plus rares, ceux qui affectent les diamètres transverses et obliques, que la symphyséotomie paraît présenter le plus d'avantages.

En résumé, dans les cas où la symphyséotomie pourrait permettre l'extraction de l'enfant sans violence, l'accouchement prématuré rendra de bien plus utiles services. Si, prévenu trop tard, on n'a pu provoquer l'accouchement avant terme (l'enfant étant viable), on n'aura plus qu'à choisir entre la symphyséotomie ou la perforation du crâne

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1860, t. XXV, p. 1093.

et la céphalotripsie. L'accoucheur, réduit à une aussi dure extrémité, ou de porter atteinte à la vie de la mère, sans savoir si l'on aura un enfant vivant, ou de sacrifier l'enfant à l'intérêt de la mère, prendra conseil de sa conscience. J'ai dit que, pour moi, le choix ne serait pas douteux.

Néanmoins, quoique la symphyséotomie soit complétement abandonnée, je vais résumer en peu de mots son histoire et les procédés à l'aide desquels elle était pratiquée autrefois.

En 1773, Sigault, alors étudiant en médecine, frappé de cette idée, que le ramollissement anormal des articulations du bassin devait rendre l'accouchement plus facile, proposa d'opérer l'écartement de la symphyse pubienne, pour arriver au même résultat. L'Académie de chirurgie jugea sévèrement cette proposition qu'elle rejeta ; mais l'auteur ne se rebuta pas, et, assisté d'Alphonse Leroy, il pratiqua sa première opération en 1777. La mère et l'enfant furent sauvés. Ce succès lui assura de nombreux partisans. La Faculté de médecine fit frapper une médaille en son honneur; mais il s'éleva contre lui des adversaires nombreux et acharnés. Les médecins se partagèrent en deux camps, les symphysiens et les césariens. On écrivit beaucoup pour et contre ; on s'injuria, et, en définitive, on en vint à penser qu'on avait raison de part et d'autre, que la symphyséotomie avait ses avantages, et l'opération césarienne les siens.

Manuel opératoire.

La symphyséotomie ne doit être pratiquée que lorsque l'enfant vit, et surtout lorsque rien ne fait craindre que sa viabilité soit compromise. Alors donc que l'auscultation aura éclairé ce point, l'accoucheur pourra procéder à l'opération, qui est assez simple. Après qu'on a eu soin de vider le rectum, la femme est placée comme pour l'application du forceps au détroit supérieur, et solidement maintenue par des aides. Une sonde est engagée dans la vessie ; elle sert en même temps à évacuer l'urine et à ranger, pendant l'opération, le méat urinaire du côté droit et en bas, afin de le mettre à l'abri de l'instrument tranchant. Un aide la maintient dans cette situation, pendant qu'un autre tend la peau du pubis en haut. L'opérateur, après avoir reconnu exactement le lieu où se trouve la symphyse, fait une incision qui comprend toutes les parties molles, commence à 1 centimètre au-dessus du pubis, et s'étend un peu à gauche au-dessus du clitoris. Cette incision a mis à jour le cartilage inter-pubien, qu'on incise avec ménagement, afin d'éviter de léser la vessie. Cela fait, les os s'écartent, et si les contractions sont énergiques, l'accouchement peut s'effectuer spontanément. Dans le cas

contraire, on est obligé de recourir au forceps. Après l'accouchement, on rapproche les os, on réunit les téguments à l'aide de bandelettes agglutinatives, et l'on maintient le tout au moyen d'un bandage de corps assez serré. Bien entendu qu'on aura eu soin d'opérer la ligature des vaisseaux dont la section pourrait faire craindre une hémorrhagie.

« En 1836, M. Lacour a fait connaître [1] un nouveau procédé de symphyséotomie qui remonte à 1833, et qui constitue un des premiers essais de la méthode sous-cutanée : il est dû à M. Imbert (de Lyon). On vide la vessie et l'on déprime l'urètre en le déjetant du côté opposé à l'incision ; on enfonce dans le vestibule un bistouri à rondache, qu'on dirige sous la symphyse en haut et en avant ; on divise les parties molles, une racine du clitoris, et le cartilage inter-articulaire qu'on coupe d'arrière en avant. Les téguments restent intacts. En 1841, M. Carbonai a proposé un autre procédé qui attaque la symphyse par le haut. On fait à la peau, à 35 millimètres au-dessus du pubis, une incision transversale pour introduire, sur la ligne médiane, et de haut en bas, un ténotome droit jusqu'au niveau de la partie inférieure de la symphyse, on applique le tranchant contre les ligaments, et l'on opère la section en lui imprimant de légers mouvements de scie. L'opération est rapide, doit déterminer peu de douleur et laisser la plaie se réunir immédiatement. L'auteur s'est assuré sur le cadavre qu'il ne lésait pas les parties voisines, bien qu'il se fût abstenu à dessein de vider la vessie et de déjeter l'urètre de côté avec une sonde, comme on le conseille. MM. Regnoli, Raffaelle et Centofanti ont objecté qu'il n'y avait pas de parité entre la ténotomie sous-cutanée et la division de la symphyse, que le danger de la symphyséotomie ne tient pas à l'incision de la peau ; qu'on ne peut pas rigoureusement conclure du cadavre au vivant, et que ce n'est point là une opération nouvelle, elle a déjà été proposée vers la fin du siècle dernier par Lescure. On peut répondre avec M. Carbonai que l'application de la méthode sous-cutanée simplifie beaucoup l'opération et lui ôte une partie de ses dangers. M. Imbert a précédé M. Carbonai, et son mode opératoire a été appliqué plusieurs fois sur la femme vivante ; puis M. Lacour (de Lyon) a découvert qu'un chirurgien d'Édimbourg, Aitken, avait conseillé en 1786 un procédé analogue de symphyséotomie, et que déjà en 1780 une opération semblable avait été pratiquée à Utréra, en Andalousie [2].

« Depuis que la symphyséotomie valut à Sigault, son inventeur,

[1] *Bulletin de thérapeutique*, 1836, t. XI, p. 275.
[2] *Journal de médecine*, t. LV.

l'honneur d'une médaille (1768), elle a eu de grandes vicissitudes de vogue et de défaveur. Il n'y a pas jusqu'au degré d'écartement possible entre les os pubis sans accident fâcheux qui n'ait été la cause de longs débats qu'on pourrait appeler malheureux, car ils ont été et devaient être à peu près stériles. Il est étonnant que des hommes de l'art n'aient pas réfléchi de prime abord qu'aucune règle générale absolue ne pouvait être donnée sur un sujet où tout est anomalie, et que les expériences des uns ne contredisaient pas directement celles des autres ; car enfin ils manœuvraient sur des bassins diversement viciés, et devaient arriver à des résultats divers. Ceux qui ont fait des recherches sur les effets de cette opération dans le cas de difformité savent que l'étendue de l'écartement possible sans accident est loin d'être le même chez toutes les femmes. J'ai observé sur le cadavre que tel degré qui, chez l'une, s'effectue innocemment, amène chez une autre une forte diastase ou même une déchirure des symphyses sacro-iliaques. Ce résultat se prévoit *à priori :* en effet, l'inégalité de courbure des deux branches du levier représentées par les os coxaux, l'inégalité de ramollissement ou de résistance des articulations sacro-iliaques, l'ossification de l'une de ces symphyses, sans parler encore des variétés de viciations du détroit supérieur, rendent parfaitement compte de la diversité des mesures proposées; il ne pouvait en être autrement, et il est physiquement impossible de déterminer d'une manière absolue la distance momentanée qu'on peut sans danger mettre entre les os pubis. Dans tous les cas, cette manœuvre exige beaucoup de prudence. Cependant les anciens auteurs rapportent une foule d'exemples de ruptures spontanées de la symphyse pubienne au moment de la délivrance. Dans l'application du forceps, cette déchirure s'opère plus souvent qu'on ne pense ; et cependant, en général, il ne se manifeste pas d'accidents, pourvu qu'on ait soin d'astreindre la malade à garder le repos et le lit. Aujourd'hui, que les expériences de Camper ont si bien prouvé la possibilité d'une cicatrisation parfaite, ne pourrait-on pas espérer d'arriver à d'aussi heureux résultats, si l'art, dans ses opérations, imitait la marche de la nature, en n'exposant pas à l'air les surfaces qu'il veut diviser, et dont il cherche à obtenir ensuite la réunion.

«Mais si l'on rencontrait la symphyse ossifiée, que faudrait-il faire? On a dit qu'alors il y avait peu de chances d'obtenir un agrandissement suffisant, parce qu'il était probable que les articulations sacro-iliaques étaient également soudées. Mais cette doctrine ne paraît-elle pas trop exclusive, surtout si l'on réfléchit que toute femme enceinte n'est pas en général et ne peut être d'un grand

âge, et que dès lors cette soudure anormale peut bien ne porter que sur les pubis ? Si l'on arrivait sur une symphyse ossifiée, M. Lacour conseillerait, la voie étant faite, de substituer au bistouri une scie articulée à sommet obtus, qu'on ferait agir de la même manière avec la précaution de ralentir le mouvement quand la section et la désarticulation s'achèvent, pour ne pas léser les parties environnantes [1].

« Dès que la division est complète, il se produit un écartement spontané de (10 à 25 millimètres). Si l'ouverture inter-pubienne n'est pas suffisante pour la délivrance, on écarte avec lenteur et modération les cuisses de la femme, qu'on fait agir comme des leviers sur le bassin ; puis on abandonne l'accouchement aux efforts de la nature, si la position du fœtus est favorable et que la mère conserve encore assez de force, sinon on a recours au forceps.

« M. Ansiaux a obtenu : 1° sur un bassin de 60 millimètres d'avant en arrière, un agrandissement de 22 millimètres avec un écartement de 81 millimètres ;

« 2° Sur un bassin de 56 millimètres un agrandissement de 3 millimètres avec 27 millimètres d'écartement ; de 15 millimètres avec 54 millimètres, et enfin de 21 millimètres avec 81 millimètres. Porté plus loin, l'écartement déchira les symphyses sacro-iliaques.

« Selon lui on pourrait pratiquer avec succès la symphyséotomie avec un rétrécissement sacro-pubien de 61 millimètres [2]. »

M. Stoltz qui donne à la symphyséotomie le nom de pubiotomie, décrit depuis plus de quinze ans dans ses cours, et démontre sur le cadavre, un procédé opératoire des plus simples et des plus faciles. Ce procédé consiste à diviser un des pubis près de la symphyse au moyen de la scie à chaînette sans faire d'incision à la peau. Pour cela, on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus (après l'avoir préalablement rasé), au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière, on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os, et l'on fait sortir la pointe du côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis.

L'aiguille a entraîné la scie. On adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de va-et-vient suffisent pour

[1] *Bulletin de thérapeutique*, t. XI, p. 276.

[2] Pétrequin, *Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale*, 1857, p. 476 à 478.

diviser le pubis. Les deux portions divisées par la scie s'écartent aussitôt, et cet écartement peut être augmenté presque à volonté ; on l'opérera par la pression de la tête ou du corps du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré, et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement [1].

Certes, si un procédé pouvait remettre en crédit cette opération, c'est bien celui-ci. Malheureusement il ne remédie encore qu'à une partie des accidents, ceux qui résultent de l'écartement des symphyses sacro-iliaques subsistent toujours.

Enfin, quel que soit le procédé employé dans les cas rares où la femme survit, la consolidation des os n'a le plus ordinairement lieu qu'après trois ou quatre mois ; chez quelques femmes même, elle ne s'est jamais effectuée, et la marche a été impossible pendant le reste de leur vie.

§ 2. — De l'opération césarienne.

L'opération césarienne ou l'extraction du produit au moyen d'une incision faite aux parois abdominales et utérines doit se pratiquer après la mort, ou, sur la femme vivante, dans les cas seulement où le rétrécissement du bassin est si prononcé que l'usage du céphalotribe doit être proscrit. Cependant, loin des grands centres, dans les localités où cette opération a déjà plusieurs fois réussi, si toutefois l'enfant est encore vivant, l'accoucheur pourra lui donner la préférence.

Après la mort.

Cette opération peut se pratiquer sur la femme qui vient d'expirer après le terme de la viabilité, et lorsque l'auscultation témoigne que le produit est encore vivant, et qu'il est possible de l'extraire vivant.

Quelques casuistes veulent que le produit soit extrait, à toutes les époques de la vie intra-utérine, pour lui conférer le baptême.

Si la femme venait à succomber pendant le travail, il vaudrait mieux, si l'état des organes le permet, l'extraire par le forceps ou la version. L'opération césarienne, en effet, si la tête était engagée dans le détroit supérieur, et à plus forte raison dans l'excavation, ne pourrait permettre l'extraction de l'enfant qu'avec de très-grandes difficultés qui compromettraient souvent sa vie. Mais toutes les fois que le fœtus sera mobile au détroit supérieur, il faudra pratiquer la gastrotomie dans la crainte de compromettre sa vie par une

[1] Lacour, *Thèse*. Paris, 1844.

version, à moins toutefois que cette opération, d'après l'état du col utérin, ne dût paraître très-facile.

Combien de temps après la mort de la mère doit-on pratiquer cette opération, et doit-on la pratiquer alors même que l'auscultation ne fait pas percevoir les bruits du cœur de l'enfant?

Quelques accoucheurs donnent le conseil de pratiquer toujours cette opération, qu'on entende ou non les battements du cœur du produit, et quand bien même la femme aurait expiré depuis dix, quinze ou même vingt-quatre heures, des enfants ayant pu survivre autant de temps à la mort de leur mère. Il peut y avoir de grands inconvénients à adopter ce précepte comme règle de conduite, même en ayant soin de bien constater la mort de la femme, et de pratiquer l'opération avec autant de soins que si elle était vivante, dans la crainte qu'elle ne le soit en effet. Si l'on se reporte au temps où ce précepte a été donné, on se convaincra de son utilité à cette époque, alors qu'aucuns signes bien certains n'établissaient la mort ou la vie du produit. Mais sera-t-on aussi convaincu de la nécessité de s'y conformer maintenant que l'auscultation nous fournit un moyen sûr de constater les battements du cœur de l'enfant? moyen d'autant plus infaillible que tous les organes de la mère chez lesquels la vie est éteinte sont dans le silence le plus complet; que rien, en un mot, ne peut gêner l'auscultation.

J'avoue que pour mon compte personnel, à moins que les parents ne me manifestassent le désir que cette opération soit pratiquée quand même, je ne l'entreprendrais que lorsque l'auscultation m'aurait mis à même de constater l'existence du produit. Et je me fonde pour penser ainsi, sur ce que la mort de la mère peut n'être qu'apparente, et qu'alors si l'on pratique l'opération, dix minutes, un quart d'heure et même plusieurs heures après le moment où l'on a cru que la malade a expiré, on détermine à coup sûr sa mort, tandis qu'elle aurait peut-être pu être rappelée à la vie, et fournir encore une longue carrière.

L'enfant n'étant viable qu'à la fin du septième mois, on ne peut espérer de lui conserver l'existence en pratiquant cette opération avant cette époque.

Sur la femme vivante.

L'opération césarienne est une des plus graves qu'on puisse pratiquer sur la femme vivante. Les cinq sixièmes au moins des femmes sur lesquelles elle a été pratiquée ont succombé, et à Paris, pas une n'a survécu depuis un demi-siècle. L'observation d'une de celles qui ont survécu le plus longtemps à l'opération a fait le sujet d'une

communication à l'Académie de médecine [1]. En présence de pareils résultats, on a peine à comprendre comment on peut se décider à la tenter encore, toutes les fois qu'en sacrifiant le produit, il est possible de sauver la mère ; il n'est que quelques contrées privilégiées où elle a déjà réussi un certain nombre de fois, où l'on doive, à mon avis, tenter cette opération. Mais, dans les grandes villes où l'on ne compte que des insuccès au-dessus de 5 centimètres 1/2 de rétrécissement, ce serait à la céphalotripsie qu'il faudrait recourir. On objectera en vain que l'usage du céphalotribe peut être dangereux, quand le bassin n'a qu'un peu plus de 5 centimètres 1/2.

A cela il sera facile de répondre que cet instrument, même dans ces conditions, laisse encore bien plus de chances de vie à la mère que l'opération césarienne, et que si jusqu'à présent cet instrument n'a pas encore rendu tous les services qu'il est appelé à rendre un jour, cela dépend de ce que les accoucheurs ne sont pas encore très-familiarisés avec son usage, de ce que, dans la plupart des cas, on ne se décide à l'employer que lorsque la femme, déjà exténuée par un travail prolongé et par des tentatives de tout genre, est expirante [2], et enfin de ce qu'on fait usage de procédés vicieux et qu'on en ignore certains autres qui donnent à la céphalotripsie une grande innocuité, et que j'ai le premier érigés en préceptes [3].

Tandis que l'opération césarienne, au contraire, est et doit être toujours pratiquée dans des conditions favorables, conditions qui rarement ont cessé d'exister.

Le temps seul est appelé à trancher cette question, et je suis certain qu'un jour viendra où la génération qui nous succède, jugeant sans passion, rendra une éclatante justice au céphalotribe, et proscrira l'opération césarienne dans les cas où, en agissant sur le produit, il sera possible de sauver la mère, et surtout dans les localités où cette opération est toujours mortelle.

Notre confrère et ami, M. le docteur de Lignerolles, a présenté à l'Académie de médecine, une petite femme qu'il a opérée deux fois avec succès en Normandie [4].

Le docteur Lebleu, de Dunkerque, a aussi communiqué à l'Académie de médecine la relation de deux opérations pratiquées sur la

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1839, t. III, p. 694.

[2] Voyez l'article *Céphalotribe.*

[3] M. P. Dubois a pratiqué la céphalotripsie pour la seconde fois chez la même femme (février 1846) ; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne présentait que 6 centimètres. Je l'ai aussi pratiquée aux mêmes dimensions, plusieurs fois et avec un plein succès. (Voyez page 560 et suivantes.)

[4] *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1851-1852, t. XVII, p. 556.

même femme, à dix années d'intervalle, la femme ayant enfin succombé [1].

Enfin, M. Stoltz a saisi l'Académie des sciences d'un résultat identique à celui de M. de Lignerolles : deux fois l'opération avait été pratiquée avec un plein succès sur la même femme [2].

Cependant, je ne me déciderais à pratiquer la section abdominale et utérine, à Paris, que lorsque le bassin sera tellement rétréci qu'il rendrait la mutilation du produit impossible. Mais au-dessous de 6 centimètres, il faut bien se résoudre à pratiquer l'opération césarienne; cette seule ressource laissée à la mère permet toujours de sauver l'enfant quand l'opération est pratiquée en temps utile.

La nécessité de cette ressource extrême bien constatée, il est important d'y recourir avant que la prolongation du travail ait compromis la viabilité du produit, sans quoi l'on est exposé à sacrifier du même coup et la mère et l'enfant, résultat des plus déplorables. Tous les efforts de l'accoucheur doivent tout au moins tendre à l'extraire vivant, puisque la mère doit presque certainement périr.

Malheureusement, on est souvent appelé trop tard pour pouvoir pratiquer cette opération à une époque convenable du travail.

Mais lorsqu'on a été appelé auprès de la femme dès le début du travail, surtout si l'on a pu la suivre pendant les derniers jours de sa grossesse, on peut la préparer par le bain, la saignée, etc., et choisir le moment favorable à l'opération. Ce temps d'élection est celui où le col est assez dilaté pour donner une facile issue aux liquides qui s'écouleront pendant et après l'opération, l'œuf étant encore intact. Ce dernier précepte, de ne pas rompre les membranes avant d'opérer, est d'une grande importance. La distension de l'organe facilite l'opération, et surtout le retrait de l'utérus, après l'écoulement du liquide. On conseillait autrefois cette rupture, dans le but d'empêcher l'épanchement du liquide amniotique dans le péritoine; mais, en faisant comprimer exactement les deux côtés du ventre par les mains des aides, on s'oppose facilement à cette effusion.

L'appareil se compose de deux bistouris, l'un convexe, l'autre droit à lame étroite et boutonnée; de pinces, de fils à ligature; d'aiguilles courbes, garnies de fil ciré ; de bandelettes de diachylon ; d'aiguilles d'argent droites et garnies d'une petite lance d'acier qui se retire après

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1853-1854, t. XIX, p. 1008.
[2] *Gazette des hôpitaux*, 10 octobre 1854.

l'introduction de l'aiguille ; enfin d'un grand morceau d'agaric, de plumasseaux de charpie enduits de cérat, de charpie mollette, d'une bande de linge effilé, de compresses, d'un bandage de corps ; enfin d'eau chaude, d'eau froide, de vinaigre et d'éponges fines, et à tout hasard, d'un forceps. Tout cela ainsi disposé, un aide étant chargé

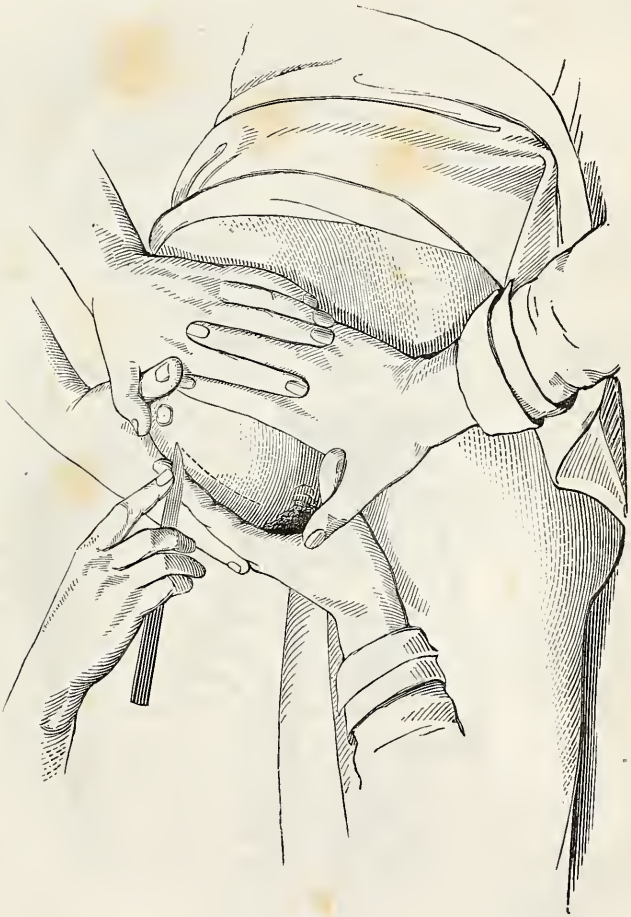


Fig. 209.

de présenter les instruments et les objets de pansement à l'opérateur, un autre les éponges, la femme est placée sur un lit un peu élevé, comme pour une application du forceps difficile ; elle est maintenue par des aides. Deux aides sont chargés de fixer l'utérus sur la ligne médiane, avec les deux mains ; cette précaution s'oppose

aussi à l'épanchement des liquides dans le péritoine, retient le paquet intestinal en haut, et s'oppose à son interposition entre les parois utérines et abdominales.

L'opérateur pratique alors sur la ligne médiane, avec un bistouri convexe, une première incision qui comprend la peau et le tissu

Fig. 210.

graisseux sous-cutané, part un peu au-dessous de l'ombilic, et s'étend jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis. Ainsi pratiquée, cette incision doit avoir au moins 13 à 16 centimètres d'étendue. Si cette incision était pratiquée sur le côté, comme l'ont conseillé quel-

ques auteurs, on blesserait souvent l'artère épigastrique et la mammaire interne, et cet accident serait une bien fâcheuse complication. Sur la ligne blanche, rien de cela n'est à craindre. Dans le cas où la petite stature de la femme ne permettrait pas de lui donner cette longueur, en la limitant aux points que j'ai désignés, on la prolongerait un peu à gauche de l'ombilic et en haut. Le chirurgien divise ensuite, couche par couche, les plans aponévrotiques de la ligne blanche, et arrive ainsi petit à petit sur le péritoine.

Alors il pratique à cette membrane une petite ouverture, à travers laquelle il passe sur l'index de la main gauche un bistouri boutonné, pour prolonger l'incision en haut et en bas.

L'opérateur doit, après cela, inciser l'utérus couche par couche, en redoublant de précaution jusqu'à ce qu'il arrive à la surface de l'œuf; puis, à l'aide de l'index gauche et du bistouri boutonné, glissés à travers cette ouverture, il achève d'inciser l'utérus, spécialement vers l'angle supérieur de la plaie.

Cela fait, les aides redoublant d'attention, on opère immédiatement la rupture de l'œuf, et l'extraction du fœtus par la partie qui se présente, l'utérus revient sur lui-même; le placenta se décolle, et on l'extrait par la plaie, ainsi que les membranes qu'on a soin de tordre, pour leur donner plus de solidité.

Il peut arriver qu'après l'extraction du tronc, on éprouve des difficultés à extraire la tête. Dans ce cas, on appliquerait le forceps, en suivant les mêmes règles que lorsque le tronc a été expulsé le premier hors des parties maternelles.

Dans le cas où l'on rencontrerait le placenta sous l'incision, on en opérerait le décollement d'un côté seulement, comme dans le cas d'insertion du placenta sur le col utérin (alors que la version est indispensable), et l'on extrairait l'enfant.

Le doigt, introduit dans le col utérin, constate qu'aucun corps étranger ne le bouche. Une bandelette est passée par la plaie, et attirée à l'extérieur par les organes génitaux; elle est ensuite nouée sur les pubis. Son usage est de faciliter l'écoulement des liquides par les voies naturelles, et de maintenir ouvert l'angle inférieur de la plaie, dans le même but.

Fi. 211.

L'utérus, en revenant sur lui-même, ferme la plaie faite à ses parois, et cette plaie ne demande aucun pansement particulier. Celle des parois abdominales est réunie à l'aide d'une suture entortillée (fig. 211), pratiquée au moyen de plusieurs ai-

guilles d'argent passées dans les deux lèvres de la plaie, et autour desquelles on a enlacé un fil. Ces aiguilles doivent être placées à 4 centimètres les unes des autres, et avoir chacune un fil indépendant. Entre chaque suture, on place une bandelette de diachylon, puis l'agaric, des gâteaux de charpie mollette, et l'on maintient le tout avec des compresses et un bandage de corps.

M. le docteur Pillore, médecin en chef des salles d'accouchements e l'Hôtel Dieu de Rouen, a conseillé de réunir chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie faite à la paroi abdominale, il pense qu'on éviterait à l'aide de cette précaution l'épanchement des liquides dans le péritoine, et cela devrait être fait avec d'autant plus de raison, que l'examen cadavérique des femmes mortes longtemps après avoir subi l'opération césarienne et chez lesquelles les procédés de réunion ordinaire avaient été employés montrait toujours l'utérus soudé aux parois abdominales. Cette soudure semblerait donc être une condition de succès [1].

La femme doit rester sur le dos. M. Stoltz a employé deux fois avec succès la suture ordinaire, à l'aide de plusieurs fils réunis en bandelette, et en comprenant le péritoine dans chaque point de suture. Quant aux bandelettes qu'il met en usage, elles ont assez de longueur pour passer par leur centre sous les reins de la femme, et pour venir se croiser par leurs chefs sur l'abdomen. On comprend combien elles doivent rendre plus facile le rapprochement, que les bandelettes appliquées par leur plein sur la plaie elle-même. Quel que soit au reste le mode de réunion employé, il faut avoir soin de ne pas étrangler l'épiploon ni l'intestin ; mais il faut cependant laisser l'épiploon derrière l'angle supérieur de la plaie, afin qu'il empêche l'intestin de faire hernie [2].

Le traitement consiste à combattre les accidents qui peuvent se manifester. Au bout de quatre ou cinq jours, on renouvelle la charpie, sans toucher aux aiguilles ni aux bandelettes ; ce n'est guère qu'après le quinzième jour que, la cicatrisation étant complète, on peut retirer petit à petit les aiguilles. Malheureusement, c'est presque toujours avant ce temps et sur le cadavre que se fait la première levée de l'appareil.

[1] *Union médicale*, 19 décembre 1854.

[2] Voyez Stoltz, *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1836, t. V, p. 91. — *Dictionnaire des études médicales : De l'opération césarienne.*

§ 3. — Des cas où les inspirations d'éther et de chloroforme peuvent être employées dans l'art des accouchements, et de ceux qui s'opposent à leur usage.

I. De l'éther.

Dès les premiers essais qui furent tentés en chirrugie, en 1847, il a été possible de prévoir que dans certains cas les inspirations d'éther pourraient être employées en obstétrique, non-seulement pour atténuer la douleur, mais encore pour obtenir la cessation de certains accidents, pour surmonter certains obstacles. Ainsi, les phénomènes tout à fait remarquables qui se sont manifestés lors de cette luxation coxofémorale réduite par M. Velpeau avec une extrême facilité, au moyen des inspirations d'éther; d'autres faits qui ont été signalés par MM. Ricord, Hervez de Chégoin, Roux, Blandin, Jobert (de Lamballe), Bouisson[1], etc., et qui ont démontré jusqu'à l'évidence qu'en détruisant la sensibilité, les inhalations d'éther neutralisent aussi la contractilité musculaire du système de la vie animale, nous ont fait entrevoir de quelle utilité pourrait être ce moyen dans les cas de contractions pathologiques, où les douleurs que ces contractions produisent sont intolérables; dans les cas de résistance anormale du périnée et de l'anneau vulvaire, etc. Cependant il nous manquait un des éléments de la question pour la juger, élément capital : les inspirations neutraliseraient-elles aussi les forces expultrices de l'utérus? s'opposeraient-elles à l'exercice de la rétractilité utérine après l'accouchement? On comprend, en effet, que si la contractilité organique de l'utérus eût été annulée, en même temps que celle des muscles de la vie animale, il eût été impossible de recourir à ce moyen dans les cas où l'on aurait voulu aider la nature sans la suppléer, et qu'il n'aurait été applicable que dans ceux où l'on procède à l'extraction du produit, car alors les contractions cessent d'être utiles ; on comprend, enfin, que si l'utérus ne fût pas revenu sur lui-même après l'accouchement, il eût été impossible de mettre ce moyen en usage. L'application du forceps faite par M. Fournier-Deschamps n'avait pas tranché la question; mais les expériences auxquelles s'est livré M. P. Dubois, et qu'il a communiquées à l'Académie[2], celles consignées dans un mémoire que M. Simpson (d'Edimbourg) a eu la bonté de m'adresser[3], celles enfin de

[1] *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de la médecine.* Paris, 1850, in-8°.

[2] *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 28 février 1847, t. XII, p. 400.

[3] *The monthly journal of medical science*, 75th num. published feb. 24, 1847, Edinburgh. — Ce mémoire a été traduit entièrement dans l'*Union médicale*, numéro du 11 mars 1847, par M. Campbell.

M. Stoltz[1], ont complétement résolu le problème. Ainsi, sur les cinq cas d'éthérisation soumis à l'observation de P. Dubois, dans trois où l'expulsion du produit fut livrée à elle-même, les contractions utérines s'exercèrent comme dans l'état normal ; une fois même, chose remarquable, il fut observé que les muscles abdominaux secondaient énergiquement les efforts utérins. Dans les cinq cas, le vagin et le périnée relâchés livrèrent une facile issue au produit de la conception, et l'utérus revint sur lui-même comme dans les cas ordinaires.

Dans une version et deux applications de forceps pratiquées M. Simpson, assisté de MM. Zeigler, Keith, Moir, Graham, Weie les contractions utérines ont continué à être régulières dans leur durée et dans leur retour, après comme avant l'éthérisation. M. Simpsona joute même que, dans certains moments, les contractions lui ont paru devenir plus intenses à mesure que la conscience de femme s'éteignit. Dans trois autres cas, l'accouchement s'effectua spontanément en présentant les mêmes phénomène s.

Il résulte encore des faits signalés par ces professeurs distingués, que l'éthérisation a été, dans tous les cas, d'une innocuité complète pour la mère et l'enfant, malgré une accélération des battements du cœur du fœtus, remarquée par P. Dubois.

Les quelques observations que j'ai pu faire à l'aide de l'éther m'ont également convaincu que cet agent laisse un libre cours à l'exercice de la contractilité organique de l'utérus pendant le travail, et à celui de la rétractilité du même organe, après l'accouchement. Ces observations ont été d'abord peu nombreuses, car ce n'était pas dans un but d'expérimentation que j'employais l'éther, mais seulement quand il y avait indication bien précise de le faire dans l'intérêt de la femme. Ainsi je craignis de l'employer dans un cas où je fus appelé, par MM. les docteurs Caffe, Messaud et Séguin, le 16 février 1847, pour terminer un accouchement laborieux. Il s'agissait, comme on va le voir, d'une circonstance que bien d'autres auraient sans doute saisie avec empressement pour expérimenter les vapeurs éthérées.

La femme était en travail bien déclaré depuis trois jours, la poche des eaux s'était rompue dès le début du travail, et depuis douze heures l'enfant avait cessé de vivre ; cependant malgré des contractions très-énergiques la tête de l'enfant était restée engagée au détroit su périeur, sans faire le plus petit progrès ; le cuir chevelu seul s'étaitconsidérablement allongé par suite de la formation d'une tumeur séro-sanguine volumineuse.

[1] *Gazette médicale de Strasbourg*, 27 mars 1847.

L'obstacle semblait déterminé par le volume du produit, car la femme, déjà mère de plusieurs enfants, était toujours accouchée facilement, et des tractions énergiques, pratiquées, à l'aide du forceps, avant mon arrivée, par mes honorables confrères, n'avaient amené aucun résultat.

Chacun de nous pensa qu'il y avait nécessité de pratiquer la perforation du crâne, et j'exécutai cette opération qui, tout inoffensive pour la mère, ne pouvait en aucune manière exiger de l'éther. La masse cérébrale évacuée, nous attendîmes près d'une heure ; mais l'effet produit par les contractions utérines fut nul, la tête n'avança aucunement ; la base du crâne, fortement engagée dans le détroit, y était comme clouée. La femme était extrêmement fatiguée ; mes confrères pensèrent que nous ne devions pas prolonger davantage l'expectation, et qu'il fallait appliquer le céphalotribe.

C'est ici que me fut proposée l'éthérisation et que naquirent tous mes scrupules. Quelle était au juste la nature de l'obstacle que j'avais à vaincre? Quelle résistance me serait opposée? Quel temps mettrais-je à la surmonter? Je n'en savais rien, et j'ajouterai que dans une opération aussi délicate je me serais vu avec regret obligé de renoncer aux renseignements fournis par la malade et par la douleur perçue ; je refusai d'avoir recours à l'éthérisation, et j'eus lieu de m'en applaudir : en effet, la tête était tellement serrée dans le détroit supérieur, que j'éprouvai assez de peine pour faire pénétrer les branches de l'instrument. Ces tentatives furent presque exemptes de douleur ; mais si la femme eût été plongée dans le sommeil éthéré, les difficultés m'auraient vivement inquiété ; j'aurais craint de produire, par mes efforts, des douleurs vives dont la femme n'aurait pas eu la conscience ; tandis que j'agissais avec une confiance et une sécurité que je n'aurais pas eues si la femme eût été éthérisée. Le céphalotribe une fois articulé, la tête, quoique brisée, ne put être engagée qu'à l'aide de tractions énergiques et continuées pendant l'espace de dix minutes environ ; mais comme je sentis que le céphalotribe semblait disposé à lâcher prise, je le retirai, et à l'aide d'un crochet mousse introduit dans le crâne, je terminai l'extraction de la tête ; celle du tronc présenta aussi quelques difficultés, mais nous avions alors une prise solide, et tout fut bientôt terminé.

La femme s'est rétablie parfaitement ; l'enfant pesait très-exactement, sans la masse cérébrale, 5 kilogrammes ; sa longueur était de 60 centimètres, et le diamètre bis-acromial avait 16 centimètres. L'enfant était donc des plus volumineux qu'on puisse voir ; la tête, fortement ossifiée, n'avait pu être engagée qu'après avoir été réduite de volume ; ajoutons que la femme a très-peu souffert pendant

l'extraction. J'agis tout autrement dans le cas suivant : c'est la première observation dans laquelle l'éther fut employé par nécessité absolue, jusque-là il n'avait été mis en usage que dans un but d'expérimentation.

Observation. — Le lundi 1er mars 1847, M. le docteur Poupon me fit appeler auprès de madame B., à onze heures du matin.

Cette dame, âgée de quarante-trois ans, et n'ayant eu qu'un seul enfant dix-sept ans auparavant, à la suite d'un travail très-pénible de vingt-six heures, quoique l'enfant fût d'un petit volume, avait conservé de cette première couche une sensibilité et un état de constriction de l'anneau vulvaire et du vagin tellement prononcés, que les approches conjugales étaient devenues impossibles sans douleurs extrêmement vives. Madame B., ayant eu le malheur de perdre cet enfant à l'âge de quinze ans, redevint enceinte peu de temps après. Parvenue au terme de cette deuxième grossesse, après quelques heures de souffrances modérées, elle fit appeler, le samedi matin 27 février, M. Poupon, son médecin. Notre confrère constata l'écoulement de glaires sanguinolentes, et quoique avec une très-grande difficulté et en déterminant des douleurs très-vives, il put aussi s'assurer par le toucher que la dilatation du col était déjà très-avancée et que le sommet se présentait ; mais depuis lors il fut complétement impossible de se livrer à aucune investigation, tant la sensibilité des organes devint vive.

Des contractions très-énergiques s'exercèrent sans relâche pendant la journée du samedi, la nuit suivante et la journée du dimanche, sans aucun résultat apparent, si ce n'est l'écoulement d'une petite quantité de liquide amniotique ; enfin le rapprochement et l'intensité des douleurs devinrent tels dans la nuit du dimanche au lundi, que notre honorable confrère jugea indispensable de les modifier par l'emploi du laudanum en lavement.

Les contractions pathologiques cessèrent en effet; mais, malgré un narcotisme assez prononcé, la sensibilité déjà si vive des organes génitaux s'était accrue à tel point, que le plus léger contact faisait pousser à la malade des cris déchirants. L'abdomen était aussi devenu très-sensible ; le pouls variait de 120 à 130 pulsations par minute ; la langue était sèche, la soif vive, la peau chaude, et la pauvre femme, accablée, ne cessait de pousser de sourds gémissements; enfin l'utérus était tombé dans une inertie presque complète.

Tel était l'état de la malade, quand j'arrivai le lundi 11, cinquante-quatre heures après la seule exploration faite par M. Poupon. Malgré les indications qui me furent données par lui sur la sensibilité

extrême des parties, ne pouvant pas imaginer qu'elle fût aussi exagérée, bien que je l'aie rencontrée quelquefois bien vive, j'insistai sur la nécessité de pratiquer le toucher; mais, malgré l'état de narcotisme presque complet dans lequel la malade était plongée, au plus léger contact elle se redressa sur son lit, fut prise de mouvements nerveux, et poussa des cris si effroyables, que je dus renoncer à toute investigation; le cathétérisme essayé, détermina les mêmes douleurs : nous fûmes également forcés d'y renoncer.

Que faire? Attendre? cela n'était pas possible : depuis cinquante-quatre heures la malade était en travail bien déclaré, et l'on ignorait complétement ce qui pouvait entraver ce travail qu'on n'avait pu suivre ; depuis quinze heures, les contractions suspendues ne s'étaient pas ranimées, et quand bien même l'expectation eût permis d'espérer de les voir renaître, elles avaient été insuffisantes jusqu'alors, malgré leur énergie ; et ne devait-on pas redouter de les voir de nouveau jeter la malade dans l'état vraiment inquiétant d'où l'opium l'avait tirée? Pour l'enfant, bien qu'il semblât rester une certaine quantité d'eau dans l'utérus, il pouvait souffrir de cette prolongation insolite du travail. Et pour la mère, il y avait indispensable nécessité d'abord de constater l'état des choses, puis de mettre fin à un travail aussi pénible. Mais comment agir, quand il est impossible de savoir quelle est la présentation affectée par la partie fœtale qui se présente ; quel est l'obstacle qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement? Et encore quand on aurait pu s'éclairer sur ces points, comment extraire un enfant à travers des organes affectés d'un état de constriction spasmodique si énergique, doués d'une sensibilité si prononcée, que le doigt ne pouvait y pénétrer sans qu'on pût craindre de voir se produire les accidents les plus graves? Cette pensée me préoccupait à tel point que, malgré la résolution prise de recourir aux vapeurs éthérées qui nous parurent indiquées dans ce cas ou jamais, je passai des heures bien anxieuses, depuis midi, époque à laquelle je quittai la malade, jusqu'à mon retour auprès d'elle à quatre heures.

Mes bons amis les docteurs Devilliers fils et Nitard-Ricord voulurent bien venir prendre, avec nous, leur part de responsabilité dans ce cas, dont l'issue m'inspirait les plus grandes craintes.

Madame B... fut placée en travers de son lit, les inspirations d'éther furent commencées avec l'appareil de M. Charrière; au bout de deux minutes le narcotisme sembla se dissiper en partie, après cinq minutes l'insensibilité était complète. Immédiatement le toucher fut pratiqué avec facilité et sans douleur; la tête était déjà assez engagée dans l'excavation, et cependant elle était encore recouverte

par une partie des membranes; je les déchirai, et un peu de liquide s'écoula. M. Devilliers toucha aussi et reconnut, en outre, un abaissement et une légère dépression d'avant en arrière de la symphyse des pubis, que je constatai aussi à la hâte, et qui nous expliqua toutes les lenteurs du travail, malgré l'énergie des contractions. Pendant ces investigations la malade n'avait manifesté aucune douleur; la sensibilité si exaltée avait disparu comme par enchantement.

Que faire encore? fallait-il abandonner le travail à lui-même? Il n'y avait plus de contractions depuis quinze heures, et, je le répète, on ne pouvait espérer, quand bien même elles se fussent ranimées, qu'elles eussent surmonté un obstacle que jusqu'alors elles n'avaient pu vaincre. Il fallait se hâter, car chaque seconde qui s'écoulait allait nous replonger bientôt dans la triste position d'où l'éther nous avait tirés. On fit faire encore quelques inspirations à la malade, j'appliquai le forceps avec la plus grande facilité, quelques contractions se réveillèrent alors; je fis franchir à la tête l'obstacle qui l'avait empêchée de s'engager, je lui fis exécuter son mouvement de rotation; mais bien que le périnée fût fort assoupli, comme sa rigidité antérieure me donnait la crainte de le voir se déchirer, malgré toutes les précautions possibles, je retirai l'instrument, et je confiai la dernière expulsion *aux contractions qui s'étaient suffisamment ranimées. Ces contractions suffirent pour expulser la tête.* Les épaules présentèrent quelques difficultés dans leur dégagement; mais enfin l'enfant fut expulsé et bientôt ranimé.

Pendant l'expulsion de la tête, la femme se livra à des efforts propres à seconder l'utérus, et elle poussa quelques cris. Nous pensâmes tous qu'elle n'était plus alors soumise à l'influence de l'éther, et cependant elle nous affirma plus tard, quand les cris de son enfant l'eurent complétement réveillée, qu'elle n'avait rien senti, qu'elle ne se souvenait de rien.

N'est-ce pas quelque chose d'analogue qui se serait passé dans les faits si singuliers observés par M. Paul Dubois, faits dans lesquels il a vu les muscles abdominaux se contracter en même temps que l'utérus, pendant que les autres muscles, soumis comme ceux de l'abdomen à l'influence de la vie animale, étaient dans le relâchement?

Ne doit-on pas croire que ce phénomène ne se produit que dans les moments où la femme n'est plus exactement soumise à l'influence des vapeurs éthérées, et cependant alors que la sensibilité est suffisamment éteinte? Pour moi, il n'y eut plus de doute, et je compris, dès ce jour, tout le parti qu'on pourrait tirer de l'éthérisme dans les opérations obstétricales, en se bornant à atténuer la douleur et sans le porter jusqu'à l'insensibilité complète.

Madame B... s'est rétablie plus rapidement qu'à sa première couche, et la sensibilité des organes n'a persisté que pendant les trois premier jours.

En résumé, dans ce fait, les inspirations d'éther ont non-seulement fait disparaître une exagération de la sensibilité tout à fait insolite qui jetait la malade dans un état d'exaltation difficile à comprendre pour celui qui n'en a pas été témoin, et qui pouvait avoir pour elle les conséquences les plus fâcheuses ; mais aussi elles ont permis, sans que cette sensibilité fût réveillée, de se livrer à des investigations indispensables, de mettre fin à un travail beaucoup trop prolongé, en faisant franchir à la tête un obstacle que les contractions, malgré leur énergie primitive, n'avaient pu vaincre, et cela à l'aide d'une opération qui, à cause de la rigidité et de la sensibilité des organes, eût été très-difficile et extrêmement douloureuse, peut-être même impossible sans accidents graves, si ces inspirations n'avaient été mises en usage.

Enfin, par le relâchement qu'elles ont déterminé sur le périnée, elles ont permis que les organes fussent franchis par le produit sans la moindre déchirure, probablement inévitable sans cela, et tous ces résultats ont été obtenus sans porter le plus léger préjudice ni à la santé de la mère ni à celle de l'enfant.

Observation. — J'ai employé l'éther une seconde fois à Courbevoie, avec le même bonheur, chez une cliente de M. Richelot, et avec cet honorable confrère. M. Blatin s'était chargé d'éthériser cette dame. L'application du forceps fut faite pour un cas d'inertie utérine; le bassin était légèrement rétréci, l'extraction eût été très-douloureuse, car la résistance était très-vive, et cependant la femme fut délivrée sans qu'elle témoignât la moindre souffrance; ni elle ni son enfant n'ont éprouvé aucun accident. Dans ce cas encore l'utérus se rétracta avec énergie après l'opération.

II. Du chloroforme.

Les choses en étaient là; de rares applications de la méthode anesthésique par l'éther avaient été faites dans les accouchements, lorsque M. Simpson substitua le chloroforme à l'éther. On se prit alors pour cet agent d'un tel engouement, en France surtout, qu'on en fit usage à tout propos pour les causes les plus légères, pour les cas où son emploi était le moins légitimé. Qu'arriva-t-il de cet étrange abus? Ce qui devait nécessairement arriver, soit que cet agent ait été administré sans ménagement, trop brusquement, en saisissant le malade, ou soit que le sommeil anesthésique, trop profond, ait été trop longtemps continué : on vit se manifester des

cas de mort immédiate qui suivirent ces trop nombreuses expérimentations [1]; et alors, autant on avait accepté sans réserve les faits publiés par nos confrères d'outre-mer, autant chacun s'était empressé, même dans des cas où ces agents étaient de toute inutilité, de les expérimenter, pour attacher son nom aux premières applications de cette méthode, autant plus tard on s'est empressé à l'envi de condamner sans appel l'usage du chloroforme dans tous les cas.

Par ce qui précède, on a pu se convaincre de la réserve que j'ai mise à me servir de ces agents dans la pratique obstétricale; on a vu que, bien que j'aie employé l'anesthésie dans le travail de l'accouchement un des premiers à Paris, *dans un cas où son usage était nécessairement indiqué et non dans un but d'expérimentation*, je refusais en même temps de m'en servir sans nécessité.

De même je ne me suis pas hâté de proscrire l'anesthésie; je l'ai toujours employée, mais seulement dans les cas indispensables, et j'en ai obtenu des résultats très-satisfaisants, sans le plus léger accident. Aussi, comme je crois du devoir de tout praticien de concourir à conserver à un agent si précieux la place qu'il n'aurait jamais dû perdre, je me suis décidé à publier tous les faits que je possède, et dont quelques-uns se trouvent joints à des observations obstétricales d'un certain intérêt.

Soutenu par l'exemple de M. Simpson et par les expériences qu'il n'a cessé de faire, persuadé que le manque de prudence seul peut déterminer des accidents dans l'usage du chloroforme, j'ai non-seulement continué à l'employer dans les opérations obstétricales que je pensais devoir être très-douloureuses, mais bien plus, désirant en étendre l'usage dans certains cas du travail spontané, pour atténuer pendant un temps plus ou moins long les douleurs si vives, quelquefois intolérables qui résultent de contractions pathologiques ou d'une sensibilité exaltée, je me suis engagé dans cette autre voie d'expérimentation. Mais, tenu en réserve par les cas malheureux que la presse médicale enregistre chaque jour, je n'ai osé essayer d'abord cette méthode que sur moi-même : une névralgie sciatique que la fatigue réveille quelquefois à l'état aigu m'a fourni ces occasions. Chaque fois j'ai eu recours au chloroforme inspiré pendant plusieurs heures, et chaque fois, j'ai obtenu l'atténuation immédiate de douleurs intolérables, et qu'on ne peut comparer, pour leur forme et leur acuité, qu'aux douleurs les plus vives de l'accouchement ; ces inspirations ont été faites sans qu'il en soit résulté aucun

[1] Voyez le savant rapport de M. Malgaigne à l'Académie de médecine et la discussion à laquelle il a donné lieu (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIV, p. 203 et suiv.)

accident. M. Honoré et notre ami Marrotte ont pu constater ces résultats.

L'heureux effet de cette méthode et son innocuité parfaite m'ont encouragé à en faire jouir les pauvres femmes prises, pendant le travail de l'accouchement, de ces douleurs si vives qui conduisent souvent aux convulsions et par suite à la mort, et qui s'irritent d'autant plus que l'obstacle qu'elles ont à surmonter est plus difficile à vaincre [1].

Mais que d'obstacles je rencontrai à chaque pas !

D'abord j'avais à vaincre une crainte bien légitime, inspirée par les résultats déplorables déterminés par l'étrange abus qu'on avait fait des agents anesthésiques et par de fâcheuses coïncidences dont les effets lui étaient toujours attribués. Je m'attendais à trouver cet obstacle, je le surmontai en invoquant les expériences faites sur moi-même [2], et je parvins facilement à prouver que la femme ne peut être en danger de mort tant que l'anesthésie est peu profonde et peu prolongée. J'allai plus loin ; pour ôter même l'apparence du plus petit danger, j'usai du chloroforme avec une telle réserve, que je laissais le plus ordinairement à la femme la conscience de tout ce qui se faisait autour d'elle.

Je parvenais facilement à convaincre, par les exemples que nous avons chaque jour sous les yeux, que bien d'autres médicaments peuvent déterminer la mort, quand ils sont employés sans réserve ; le laudanum lui-même, si fréquemment mis en usage, quel malheur ne vient-il pas de causer tout dernièrement ! Que le chloroforme est dans le même cas que tous les autres médicaments, qu'il demande à être employé avec mesure. Mais je n'avais pas compté sur l'obstacle le plus sérieux, l'intérêt personnel !

En effet, vous employez le chloroforme avec la plus grande réserve et dans un cas où son usage est parfaitement indiqué, la femme vit, on ne peut vous accuser de l'avoir fait périr ; mais tout ce qui arrive à cette femme en suite de couche, même longtemps après qu'elle sera relevée, tout ce qui arrive à son enfant, tout sera attribué au chloroforme et par conséquent à celui qui l'a administré.

De la part des gens du monde, cette manière de raisonner est toute simple : à tout accident, il leur faut une cause ; ils ont si rarement le bonheur, car c'en est un pour eux, de savoir à quoi ils

[1] M. A. Forget, dans son rapport à la Société de chirurgie, du 24 mai 1854 (*Gazette des hôpitaux*, 20 juin 1854), a laissé une lacune qu'il m'importe de combler — il n'y est pas dit que c'est moi qui ai conseillé le premier cette méthode atténante.

[2] *Union médicale.*

doivent leur mal, qu'ils s'attaquent immédiatement *au chloroforme.*

Tout serait encore bien naturel et bien excusable jusque-là, mais quand on voit des médecins dont la position peut donner quelque crédit à leur manière de voir, laisser le champ libre à ces préjugés et préférer priver les pauvres femmes d'une méthode qui est d'une innocuité parfaite, quand elle est employée avec réserve, et qui est appelée à rendre pendant le travail de si grands services, souvent à sauver la vie des deux individus confiés à leurs soins, parce qu'ils savent bien que tous les accidents des suites de couches, bien étrangers au chloroforme, leur seront attribués s'ils ont usé de cet agent, n'a-t-on pas lieu d'être étonné?

D'autres vont plus loin, ils se font de ces préjugés une arme contre ceux qui, comprenant mieux leur devoir, ont la conscience d'user du chloroforme dans les cas qui en requièrent l'emploi.

Ainsi, par une décision rapide, par une intervention habile, une hémorrhagie survenant ou une compression du cordon, vous sauvez la mère et l'enfant. Ce service signalé disparaît : vous aviez donné du chloroforme. Sans lui vous n'auriez pas été obligé d'intervenir.

Que de fois, pendant ces dernières années que j'ai passées à réunir les matériaux de cet article, ne m'est-il pas arrivé d'assister à un aussi triste spectacle!

Un jour, c'était une dame prise d'hémorrhagie après l'accouchement; elle avait fait à la lettre trois ou quatre inspirations de chloroforme pendant les dernières douleurs de l'expulsion sans que cet agent eût produit le plus léger effet, car elle avait cessé immédiatement : c'était le chloroforme qui avait déterminé l'hémorrhagie, et cette pensée, qui le croirait, trouva de l'écho chez un médecin que sa haute position rend inexcusable.

Une autre fois, c'était madame la marquise de C..., dont l'enfant, trop volumineux pour les dimensions du bassin, fut sacrifié par les moyens employés à l'extraire; le forceps, appliqué au détroit supérieur, avait été insuffisant, malgré les efforts les plus énergiques réitérés par M. le docteur Belin et par moi pendant plus d'une demi-heure; la tête, trop fortement ossifiée, trop volumineuse, comme clouée au détroit supérieur, ne put être engagée et dégagée que par la perforation. La jeune dame avait respiré du chloroforme pendant toute la durée des douleurs si vives, si soutenues qui se manifestent toujours dans les cas où la matrice s'exerce inutilement à vaincre un obstacle insurmontable et pendant l'opération.

C'est encore le chloroforme qui a déterminé les difficultés de l'accouchement; et cette pensée trouva de nombreux partisans parmi les gens du monde, cela se conçoit, mais aussi parmi certains mé-

decins, ce qui ne peut s'expliquer que par la haute position de madame de C..., qui elle-même est d'un esprit trop élevé pour partager ces préventions, bien que son état de santé, qui est loin d'être satisfaisant, lui en donnât le droit plus qu'à tout autre.

Le bassin était trop étroit, l'enfant trop volumineux, l'utérus n'avait pu vaincre cette résistance : c'est la faute du chloroforme, Qu'aurait-on dit, si reconnaissant un obstacle insurmontable par les seules forces de la nature, si, après que j'avais donné à l'expectation tout ce qu'on doit raisonnablement lui accorder, j'avais laissé cette pauvre dame se tordre encore inutilement pendant de longues heures sous des douleurs sans nom, au lieu d'user du chloroforme et d'appliquer le forceps en temps utiles, et que, délivrée par le forceps, épuisée, elle eût été prise d'une métro-péritonite qui l'eût enlevée à sa famille, à ses nombreux amis. On n'eût pas manqué de dire le contraire de ce qu'on a dit : qu'il fallait tout faire pour éviter à quelque prix que ce fût le plus grand des malheurs, le seul irréparable.

Ainsi, avant l'invention du chloroforme, on ne voyait dans le travail de l'accouchement et les suites de couches, ni hémorrhagie, ni inertie utérine, ni éclampsie, ni compression du cordon, ni obstacles dus à la résistance du périnée, à celle du col utérin, au volume de l'enfant, au rétrécissement du bassin, obstacles insurmontables par les seules forces de la nature ; ni syncopes, ni apoplexie, ni fièvre puerpérale, ni mort subite, etc., mais maintenant, quand cet agent a été mis en usage, même avec la plus extrême prudence, tous ces accidents lui sont imputés. Qu'on s'étonne après cela que les jeunes médecins tremblent à l'idée de compromettre tout leur avenir en usant du chloroforme, et que quelques autres, raisonnant comme les gens du monde, *post hoc, ergo propter hoc*, ayant d'ailleurs peu d'expérience personnelle, aient redouté de s'en servir.

Il y a, il est vrai, dans l'accouchement, de ces accidents rares heureusement : mais soudains dans leurs déplorables effets, qui, s'ils venaient à coïncider avec l'administration du chloroforme, laisseraient l'observateur le moins prévenu dans un doute cruel.

J'assistais pour la deuxième fois madame T. cliente de M. Gillet et nièce de Sauvage, mon excellent ami, c'était à cette époque du travail où les douleurs sont souvent si énervantes, si difficilement supportées par les femmes, douleurs qui signalent et déterminent la dilatation du col. Tout à coup, sans aucun symptôme précurseur, la tête de madame T... tomba sur mon épaule. Je la regarde : la face était vultueuse ; les questions vives, précipitées, sont laissées sans réponse, ou les réponses sont vagues, incohérentes ; la langue est embarras-

sée, la résolution des membres est complète. Elle était prise de congestion cérébrale.

Une saignée abondante est immédiatement pratiquée, et tous les symptômes alarmants disparaissent. La belladone, employée en frictions sur le col utérin, hâte sa dilatation, et le travail se termine heureusement par l'expulsion d'une fille bien portante.

Depuis longtemps déjà je faisais usage du chloroforme pour atténuer la douleur dans les cas où la dilatation du col, difficile, rend ces douleurs insupportables. Je ne l'avais pas, par bonheur, employé dans ce cas, et je me suis dit, et j'ai fait remarquer à Sauvage que si, dans cette circonstance, j'avais usé de cet agent anesthésique, les assistants auraient vu là une preuve certaine de l'action funeste du chloroforme ; moi-même j'eusse été ébranlé, tandis qu'il ne s'agissait que d'une congestion cérébrale, accident qui n'est pas très-rare pendant le travail.

Les faits de ce genre, qu'on pourrait se croire en droit d'attribuer au chloroforme s'il avait été administré, se rencontrent assez souvent; il ne sera pas inutile d'en mettre quelques-uns sous les yeux de nos lecteurs.

A. Accidents du travail et des suites de couches qu'on pourrait indûment attribuer au chloroforme.

1° *Absorption de l'air par les veines utérines*[1]. Il résulterait des travaux entrepris en Angleterre[2], que les veines utérines sont capables, après l'accouchement, d'absorber une certaine quantité d'air par leurs bouches béantes, et de provoquer ainsi les accidents les plus terribles, la mort même immédiatement après l'accouchement.

« A l'appui de cette théorie de M. Cormack, basée, du reste, sur plusieurs observations nécroscopiques et sur les opinions émises, tant en France qu'à l'étranger, par plusieurs physiologistes, on peut encore ajouter le fait suivant, dont M. Samuel Berry, de Birmingham, a été témoin[3].

« Voici cette observation abrégée :

« E. G..., âgée de vingt-deux ans, enceinte pour la première fois, fut prise des douleurs de l'accouchement le 16 juin 1850. Tout se passa parfaitement bien ; le travail de la parturition s'accomplit avec la plus grande régularité, amena à bonne fin un enfant du sexe masculin, fut suivi du détachement spontané du placenta, et il ne se manifesta aucun accident pendant quelque temps. Mais sept heures

[1] *Bulletin général de thérapeutique*, 30 janv. 1852.

[2] *Union médicale*, nos 64 et 108.

[3] *Provincial medic. and surg. Journal*, 27 nov. 1850.

après, la malade éprouve tout à coup une oppression extraordinaire, des évanouissements, et meurt avant même que M. Berry ait eu le temps de lui porter secours. A l'autopsie, on découvrit les phénomènes suivants : l'utérus était vide, les ouvertures des vaisseaux placentaires béantes ; le vagin contenait, à sa partie supérieure, un caillot sanguin peu volumineux. Les poumons étaient fortement congestionnés, et leur tissu fut trouvé pénétré de quelques tubercules. Le cœur avait le volume qu'il présente habituellement chez l'homme, et paraissait distendu. Une ouverture qu'on pratiqua dans ses parois donna issue à un *bouillonnement* (*gush*, dit le texte anglais) *de gaz suivi immédiatement de l'affaiblissement de l'organe ; ce dernier ne contenait pas de sang.* Cerveau sain, ainsi que tous les autres organes. »

Si du chloroforme eût été administré dans ces cas, la cause de la mort eût été tout naturellement attribuée à cet agent [1].

2° *De la mort subite par syncope à la suite de couches* [2]. Rien de fréquent, on le sait, comme les syncopes pendant l'état de la grossesse; mais, dans cette circonstance, ce phénomène morbide présente rarement de dangers: il n'en est pas de même lorsqu'il vient à se produire à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, et bon nombre de fois on a vu alors la syncope être mortelle. M. Robert, qui a été trois fois témoin de morts semblables dans sa clientèle, a cru devoir communiquer ces faits à la Société de chirurgie. La mort subite, dit M. Robert [3], est-elle déterminée par les modifications que l'état puerpéral détermine dans l'organisme ? possède-t-on des cas suivis d'autopsie ? M. Danyau a répondu qu'il avait eu, comme tous les accoucheurs, la triste occasion d'observer de ces faits dans sa clientèle, et que l'exemple de mort subite dont il avait été témoin récemment répondrait aux questions posées par son collègue. Voici le fait : La dame d'un notaire, jouissant d'une santé excellente en apparence, après un accouchement très-simple et les suites les plus naturelles, était arrivée au vingtième jour de ses couches. Elle se levait depuis plusieurs jours et avait repris sa manière de vivre habituelle, sans sortir toutefois de son appartement. M. Danyau la visite à onze heures du matin, et la trouve un peu inquiète et préoccupée. Elle venait de reconnaître qu'elle portait un écartement de la ligne blanche ; un second motif était puisé dans l'intérêt qu'elle portait à sa belle-mère, dont la santé lais-

[1] *Union médicale* du 11 janvier 1851.

[2] Consultez : Mordret, *De la mort subite dans l'état puerpéral.* (*Mémoires de l'Académie de médecine.* Tome XXII, Paris,, 1858, in-4° pages 153 et suiv.).

[3] *Bulletin de la société de chirurgie de Paris,* 6 nov. 1853.

sait concevoir des inquiétudes. M. Danyau, après avoir ramené un peu de calme dans son esprit, la quitte. Peu d'instants s'étaient écoulés lorsque le beau-père de cette dame entra dans le salon, et l'engagea à venir déjeuner; elle répond qu'elle le suit, et, au même instant, elle se plaint d'étouffer et s'affaisse sur elle-même; le beau-père se précipite et ne relève qu'un cadavre. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin : on ne trouva d'air ni dans les veines ni dans le cœur; pour seule lésion, un peu de vascularisation du péricarde, accompagnée de la présence d'une cuillerée de sérosité dans la cavité de cette séreuse.

« Cette description que je viens de donner, ajoute M. Danyau, est la même pour les cas que MM. P. Dubois, Moreau et Baudelocque m'ont rapportés; la mort a été toujours rapide et imprévue. Les faits de M. Robert et ceux publiés ne font pas exception. Quant aux lésions, elles échappent jusqu'ici aux investigations des anatomo-pathologistes. La malade dont je viens de vous retracer l'histoire était d'un remarquable enbonpoint; elle faisait peu d'exercice d'ordinaire, et sous l'influence de la marche éprouvait un peu d'oppression. L'époque éloignée de l'accouchement à laquelle ces morts subites ont lieu ne permet pas de les rapporter à l'introduction de l'air dans les veines utérines. Sur ces faits, dit en terminant M. Danyau, on est donc réduit encore aux hypothèses [1]. »

Si le chloroforme eût été administré, ainsi que dans le fait suivant !

Dijon, le 9 mars 1832.

« Je viens seulement de prendre connaissance dans le numéro du 10 janvier dernier de votre intéressant journal, de la discussion qui a eu lieu le 7 du même mois, au sein de la Société de chirurgie de Paris, au sujet *de la mort subite pendant les suites de couches.*

« Quoiqu'il se soit écoulé beaucoup de temps depuis cette discussion, je crois devoir vous signaler un phénomène que j'ai observé dans un de ces cas malheureux.

« Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, primipare, fortement constituée, et d'un assez bel embonpoint, qui, après un travail de quarante-huit heures, accoucha naturellement, et fut prise, le sixième jour après l'accouchement, d'un mouvement fébrile que rien n'expliquait, si ce n'est l'état saburral des premières voies, lequel dura jusqu'au quinzième ou seizième jour. Après quoi, la malade reprit un peu d'appétit, et sembla s'acheminer vers une guérison complète, lorsque le vingt-sixième jour elle eut, pendant son

[1] *Union medicale,* 13 avril 1852.

sommeil, un mouvement convulsif qui la souleva de son oreiller, sur lequel elle retomba morte.

« Maintenant voici le phénomène sur lequel je veux appeler l'attention : le pouls de cette malade, qui était en général très-régulier, cessait de l'être de temps à autre, et alors subitement, sans cause connue, il devenait d'une irrégularité extrême, et le cœur offrait des mouvements convulsifs, tumultueux, désordonnés, impossibles à décrire.

« Ce phénomène, qui devait se reproduire plusieurs fois dans la journée, durait d'une demi-minute à une minute, ou une minute et demie, puis cessait tout à coup, et tout rentrait dans l'ordre, sans qu'il en restât aucune trace et sans que la malade eût conscience de ce qui venait de se passer en elle.

« Une seule fois, nous avons observé la coïncidence de la reproduction de ce phénomène avec une légère impression morale, produite par quelques petits cris de son enfant.

« Je dois ajouter que ni la percussion, ni l'auscultation, ni le toucherne faisaient percevoir le moindre signe qui révélât la présence d'une lésion quelconque, soit thoracique, soit abdominale. Les battements du cœur n'étaient même, pendant les mouvements tumultueux, désordonnés, accompagnés d'aucun bruit anormal.

« Agréez, etc. VILLENEUVE, D. M. P. »

On trouve dans le même journal, à la même date, une autre observation communiquée à la Société médicale d'émulation :

« Une jeune femme qui, six semaines avant d'être à terme, avait eu une hémorrhagie modérée, accoucha heureusement à la fin du neuvième mois de sa grossesse. La parturition donna lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang, mais insuffisante pour constituer une véritable hémorrhagie.

« Dans les premiers instants qui suivirent l'accouchement, la malade se sentit assez bien, quoiqu'un peu faible ; elle fut reportée dans son lit et tout semblait devoir se passer comme d'ordinaire. Une heure environ s'était écoulée, l'utérus était en voie de retour régulier sur lui-même, rien ne pouvait faire admettre la pensée d'une hémorrhagie interne, la femme fut prise de douleurs très-vives dans la région hypogastrique ; cette douleur revint par accès irréguliers, et chaque fois fut suivie de mouvements convulsifs assez légers; en même temps les extrémités, et généralement toute la surface du corps, se refroidissaient. L'accoucheur, qui une fois déjà avait vu chez une autre femme la mort suivre de près l'apparition de ces symptômes, envoya chercher le médecin de la femme auprès de

laquelle il avait été mandé comme accoucheur; il lui fit part des craintes que lui faisaient concevoir les phénomènes observés chez cette dame. Le médecin ne les partagea pas et n'y vit que la manifestation d'un état nerveux qui céderait insensiblement et contre lequel les antispasmodiques seraient convenablement administrés. Peu rassuré, l'accoucheur resta auprès de la malade, surveilla lui-même les soins que son état réclamait; les accès ne se renouvelèrent pas; l'affaiblissement ne tarda pas à s'y joindre, le pouls fléchit avec une rapidité désespérante, et bientôt la vie s'éteignit chez cette malheureuse femme. »

Cette femme n'est-elle pas morte d'une hémorrhagie interne méconnue? Si l'on eût usé du chloroforme, tout serait expliqué.

Un fait analogue a été rapporté par notre honorable collègue M. Sandras, dans la séance du comité de rédaction de l'*Union médicale* du 26 mars.

« Une jeune femme, arrivée au terme d'une grossesse qu'elle ne pouvait pas avouer, se confia à un jeune médecin qui l'accoucha heureusement d'un enfant vivant et après un travail de quelques heures seulement. Deux heures et demie après l'accouchement, sans qu'aucun fait insolite ait pu faire concevoir la moindre appréhension, l'accouchée se plaint d'un malaise général et indéfinissable, ne produisant ni crises, ni douleurs, ni mouvements convulsifs; c'est un état d'anxiété indicible, c'est un affaiblissement graduel et rapide. Fort inquiet, le jeune médecin fait appeler en toute hâte un accoucheur expérimenté et fort en renom qui ne constate aucune lésion capable d'expliquer la situation de plus en plus alarmante de cette femme; il s'assure qu'elle n'est pas due à une hémorrhagie interne et que l'utérus est revenu sur lui-même dans la limite habituelle. Malgré tout ce que l'on put faire, l'affaiblissement devint extrême, le pouls se ralentit, les téguments se refroidirent et la femme succomba.

Admettant qu'aucune erreur n'a été commise, à défaut des lésions qu'eût pu fournir l'investigation anatomique, dans les deux cas qui précèdent, si elle eût été faite touchant l'étiologie de l'accident qu'ils relatent, on ne pourrait en chercher la raison que dans des hypothèses plus ou moins fondées; *mais on ne se donnerait pas cette peine si du chloroforme avait été administré.*

Gardons-nous donc bien de juger d'après cette maxime : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Madame A..., cliente de M. Barth, à laquelle je donnais des soins, fut prise pendant les derniers efforts d'expulsion d'une congestion pulmonaire. Une saignée, quelques sangsues firent justice de cet accident; j'ai accouché cette dame une fois depuis.

Au lieu d'attribuer l'affection à sa véritable cause, assez rare du reste, on aurait vu là un des effets du chloroforme, si l'on se fût servi de cet agent.

Si l'on joint à ces faits qu'on pourrait multiplier les cas de convulsions, malheureusement assez fréquents, et qui peuvent se terminer par la mort, ceux d'hémorrhagie interne ou externe, d'inertie utérine, de mort du fœtus dans le sein maternel ou pendant le travail, causée par une compression du cordon, accidents qui tous se rencontrent assez souvent; ceux de rupture utérine méconnue et rapidement suivie de mort, etc., on aura une idée encore très-incomplète de ce que les gens du monde et certains médecins peuvent attribuer au chloroforme, et par conséquent à celui qui l'a administré.

Je termine cette énumération, que je pourrais étendre à l'infini, par un fait observé par M. Civiale conjointement avec mon beau-père, M. Honoré, et qui a été communiqué à l'Académie par ce médecin éminent.

Une opération du cathétérisme était nécessaire pour s'assurer si un de ses clients dans la vigueur de l'âge était atteint de la pierre. Le malade avait une frayeur horrible de cette exploration; aussi, à peine le méat urinaire fut-il en contact avec l'extrémité de la sonde, qu'il fut foudroyé de peur; rien ne put le ranimer. Il y a vingt-cinq ans de cela, le chloroforme n'était pas connu; mais s'il eût pu en respirer de près ou de loin, la cause de sa mort serait toute trouvée : et moi je n'hésite pas à dire que s'il eût pu en respirer, il eût vécu.

B. Énumération complète des cas dans lesquels j'ai employé les agents anesthésiques.

Toutes les raisons que je viens de faire valoir, les faits que je viens de citer, l'exemple de M. Simpson (d'Édimbourg), de mon bon ami Ricord, celui de mon très-honoré maître Hervez de Chégoin, qui a fait connaître, au point de vue du chloroforme, les résultats de sa pratique si savante et si sage[1]; les effets si heufeux que j'ai constamment obtenus, et l'absence complète du plus léger accident résultant du chloroforme, m'ont soutenu depuis 1847 dans cette voie d'application d'une méthode appelée à rendre de si grands services.

Pendant ce laps de temps vinrent se joindre aux faits que j'ai déjà signalés plusieurs travaux[2] confirmatifs des idées que j'avais émises en 1847, et dans lesquelles je n'ai fait que persévérer de plus en plus.

[1] *Union médicale,* 17 avril 1852.

[2] Consultez Simpson, *Union médicale,* 11 mars 1847; *Revue médicale,* décem-

En résumant les faits déjà signalés au commencement de cet article, en joignant à ceux qui sont consignés dans le courant de cet ouvrage ceux qui n'ont pu y trouver place encore, faits qui ont été extraits d'un grand nombre d'observations et d'opérations obstétricales dans lesquelles le chloroforme a été employé, nous avons :

1° Madame B..., âgée de quarante-trois ans, cliente de M. Poupon. Fait observé avec MM. Devilliers fils et Nitard-Ricord. Sensibilité exaltée qui empêchait toute exploration et faisait craindre l'éclampsie. Éther, forceps : enfant vivant, aucun accident.

2° Madame ***, à Courbevoie, cliente de M. Richelot. Fait observé aussi par M. Blatin. Éther, forceps : enfant vivant, aucun accident.

3° 1847. — Madame W..., cliente de M. Baron. Rétrécissement du bassin, douleurs intolérables. Chloroforme, forceps au détroit supérieur : aucun accident.

4° 1850. — La même. Chloroforme, atténuation de la douleur pendant toute la nuit, forceps : aucun accident. Accouchée en 1852 par l'accouchement prématuré artificiel.

5° 1848. — Madame ***, à Colombes, près Paris, cliente de M. Giraud. Rétrécissement considérable du bassin. Éther, forceps, perforation du crâne : rétablissement complet.

6° 1849. — La même. Chloroforme, forceps, perforation du crâne : rétablissement complet. (Voyez page 550.)

7° 1850. — Octavie S..., hôpital Sainte-Marguerite, service de M. Marrotte. Bassin vicié (66mm). Chloroforme, céphalotripsie, en présence de M. Denonvilliers et des élèves du service : MM. Simonnet, Salleneuve, Perdrigeon. Cette femme avait été opérée dans le sommeil anesthésique, en 1848, par M. P. Dubois.

3° La même. Chloroforme, céphalotripsie, en présence des mêmes chefs de service et de M. Lequenn, interne : mère rétablie. (Voyez page 555.)

9° 30 juin 1850. — La nommée ***, hôpital Sainte-Marguerite, service de M. Marrotte. Rétrécissement du bassin. Chloroforme, forceps, perforation du crâne, avec l'interne M. Legendre : mère rétablie. (Voyez page 556.)

10° 18 novembre 1850. — Madame Albert. Avec MM. Bonassies et Moreau. Rétrécissement considérable du bassin. Chloroforme, céphalotripsie : rétablissement en quinze jours. (Voyez page 558.)

11° Madame C... Avec MM. les docteurs Dequevauvillers, Belin, Bialay, Poterin-Dumotel, Scheley. Rétrécissement extrême du bassin. Chloroforme inspiré pendant une heure trois quarts. Céphalotripsie, sept fois réitérée : rétablissement en trois semaines. (Voyez page 560.)

12° Madame M..., au Petit-Luxembourg, cliente de M. Récamier, J. Massé et Vuiton. Excès de volume de l'enfant. Chloroforme, forceps au détroit supérieur : mère rétablie. L'enfant a succombé le troisième jour, de convulsions. (Voyez page 250.)

13° Madame F..., cliente de M. Charrier. Vice de conformation du bassin; enfant mort à un premier accouchement, en province. Chloroforme, forceps : enfant vivant, aucun accident.

bre 1848. — Jules Roux, *Mémoire*, 1847, analysé dans l'*Abeille médicale*. — Villeneuve, de Marseille, 1849. — Denham, *Union médicale*, 11 décembre 1849. — Velpeau, *Notice lue à la séance annuelle de l'Académie des sciences; Union médicale*, 9 et 12 mars 1850. — Gibert, *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. CVIII. — Bouisson, *Traité de la méthode anesthésique*. Paris, 1850, p. 465 et suiv.

14° Madame P..., à Caen, cliente de M. Livois. Primipare, inertie utérine causée par une résistance trop grande de l'anneau vulvaire. Chloroforme : forceps, enfant vivant, aucun accident.

15° Madame Ch..., cliente de M. Pouget. Mêmes faits, mêmes résultats.

16° Madame ***, cliente de M. Richelot. Mêmes faits, mêmes résultats.

17° Madame de M..., cliente de M. Honoré. Mêmes faits, mêmes résultats.

18° Madame de V..., cliente de M. Paulin, parvenue seulement au cinquième mois de sa grossesse, et affectée depuis le commencement de la conception de vomissements très-fréquents et très-opiniâtres, fut prise d'une forte cholérine, après une longue course et l'ingestion de boissons glacées.

Le vendredi 1er juin, les vomissements, qui avaient cessé depuis quinze jours spontanément, reparurent avec une nouvelle intensité ; les matières rendues étaient vertes, puis elles ne tardèrent pas à être mêlées de stries sanguinolentes.

La diarrhée caractéristique fut facilement arrêtée, mais les vomissements résistèrent à tous les moyens connus. La malade était affectée de véritables convulsions de l'estomac et du diaphragme, accompagnées d'un sentiment d'angoisse inexprimable. La face prenait cette apparence si inquiétante en pareil cas ; les yeux excavés commençaient à s'entourer d'un cercle noir. Nous étions en proie aux plus vives alarmes. Douze sangsues avaient été appliquées sur l'épigastre ; mais il fallait en attendre l'effet. Nous eûmes alors l'idée de recourir au chloroforme. Une première inspiration faite à l'aide de 1 gramme de chloroforme, jusqu'à la première période de résolution, détermina en quelques secondes un sentiment de bien-être indéfinissable. Pendant une heure, les vomissements cessèrent complétement. Mais après ce temps, quelques efforts survinrent, suivis d'un vomissement moins pénible que les précédents. Nous recourûmes de nouveau au chloroforme. La résolution musculaire revint aussi rapidement que la première fois, et produisit un aussi bon effet. Encouragés par cet heureux résultat, nous eûmes recours de quart d'heure en quart d'heure à de faibles inspirations pendant l'espace de deux heures, et les vomissements ne se présentèrent plus.

15 grammes de chloroforme furent employés pour les inspirations ; l'agent anesthésique était versé sur un tampon de coton fixé au fond d'un petit sac de toile, percé de plusieurs trous, la bouche et le nez sont compris dans l'ouverture du sac. C'est le procédé dont je me servais à cette époque.

Chaque inspiration n'a duré que quelques secondes, jamais la malade n'a perdu connaissance, jamais même elle n'a atteint le premier degré de l'insensibilité ; nous désirions seulement agir sur la contractilité musculaire. Le succès a dépassé notre attente [1].

Au terme de la grossesse, inertie à la fin d'un travail prolongé par suite d'une trop grande résistance du périnée et de l'anneau vulvaire, et du volume de l'enfant. Chloroforme, forceps : enfant vivant, aucun accident.

19° Madame de P..., cliente de M. Honoré. Inertie, épuisement des forces à la fin du travail, causés par une trop grande résistance du périnée et de l'anneau vulvaire. Chloroforme, forceps, enfant vivant : aucun accident. Elle est de nouveau enceinte cette année.

20° Madame E..., cliente de M. Nonat. Mêmes faits, mêmes résultats.

21° Madame de L..., cliente de M. Gendrin. Mêmes faits, mêmes résultats.

22° Madame L..., cliente de M. Pouget. Mêmes faits, mêmes résultats.

23° Madame de V..., cliente de M. Boggio. Mêmes faits, mêmes résultats.

24° Madame L..., cliente de M. Marrotte. Mêmes faits, mêmes résultats.

[1] *Union médicale*, 14 juin 1849.

25° Madame G..., cliente de M. Richelot. Mêmes faits, mêmes résultats.

26° Madame de L..., cliente de M. Rayer. Deux grossesses spontanées à terme, enfants petits. Après cinq ans, troisième grossesse très-pénible pendant toute sa durée; à chaque instant, menaces de fausse couche, et plus tard d'accouchement prématuré. Repos, laudanum de Sydenham en lavement. A terme, insuffisance des forces expultrices pendant toute la durée du travail, et épuisement complet au moment de la dernière expulsion, déterminés par un excès de volume de l'enfant et l'ossification trop avancée des os du crâne. Chloroforme, forceps, incision oblique du périnée : enfant vivant, aucun accident.

27° Mademoiselle G..., cliente de M. Belin. Primipare, inertie et épuisement des forces, résistance du périnée. Chloroforme, forceps, petite incision oblique de la vulve : enfant vivant, aucun accident.

28° Madame des R..., cliente de M. Honoré. Mêmes faits, mêmes résultats.

29° Madame de M..., cliente de M. Baron, opérée en présence de MM. Baron, Baudelocque et Belin. Primipare de trente-cinq ans, étroitesse du bassin coïncidant avec un excès de volume de l'enfant, épuisement des forces, inertie. Chloroforme, forceps au détroit supérieur, incision oblique de la vulve : enfant vivant, aucun accident. Accouchée une fois depuis spontanément d'un enfant petit.

30° Madame L..., cliente de M. Lefèvre. Primipare, accidents de métrite et d'inflammation de la vessie, à partir du cinquième mois. A terme, travail préliminaire très-prolongé, sensibilité exaltée de tout le segment inférieur de l'utérus; rigidité extrême de l'orifice, n'ayant cédé qu'à la belladone, et cependant friabilité très-prononcée de tous les tissus; étroitesse du bassin, excès de volume de l'enfant, ossification avancée des os du crâne, et résistance tout à fait anormale de l'anneau vulvaire et du périnée. Chloroforme, forceps, incision oblique du périnée : enfant vivant. État de la mère très-satisfaisant les trois premiers jours; au moment de la fièvre de lait, émotions morales et physiques répétées; fièvre grave. Traitement fait conjointement avec MM. Lefèvre et Gendrin. Mort, le vingt-cinquième jour.

31° Madame D..., cliente de M. Jacob. Primipare, présentation de la face mento-postérieure droite non réduite en antérieure, travail prolongé; épuisement des forces. Chloroforme, forceps, rotation du menton en avant : enfant mort, pas d'accidents pour la mère.

32° Madame V..., cliente de M. Guillemot. Primipare âgée, épuisement des forces, résistance du périnée, inertie. Chloroforme, forceps : enfant vivant, aucun accident.

33° Madame ***. Mêmes faits, mêmes résultats.

34° Madame C..., à Argenteuil, cliente de M. Lebrun. Primipare, trente-deux ans. Présentation de l'épaule, travail prolongé; fœtus d'un volume considérable, pesant 10 livres. Chloroforme, pour diminuer la douleur que devait causer l'introduction de la main et l'extraction de l'enfant à travers l'anneau vulvaire très résistant; version, incision oblique du périnée; dégagement, en effet, long et pénible du siége, des épaules; enfin, extraction de la tête qui ne peut être opérée qu'à la suite d'efforts multipliés et des plus énergiques, pendant lesquels l'enfant succombe : aucun accident pour la mère qui est accouchée une fois, depuis, d'un enfant d'un volume ordinaire, et qui s'était bien présenté.

35° Madame G..., cliente de M. Cazalis. Primipare de trente-deux ans. Travail prolongé, épuisement des forces, résistance du périnée. Chloroforme, forceps, incision oblique du périnée : enfant vivant, aucun accident.

36° Madame ***, cliente de M. Marchand. Primipare de trente-cinq ans. Mêmes faits, mêmes résultats.

37° Madame de S..., cliente de M. ***. Contractions pathologiques, douleur

constante, exagérée, au moment où la tête va franchir le col utérin. Chloroforme ; calme, malgré des contractions énergiques de l'utérus : expulsion spontanée d'un enfant vivant, aucun accident.

38° Madame G..., cliente de MM. Honoré et Marrotte. Fait signalé à M. J. Guérin. Enfant à terme à une première couche. Arrivée à terme à une seconde, après un commencement de travail assez rapide, madame G..., au moment de la dernière expulsion, éprouve une douleur exagérée, insupportable, de l'agitation, une exaspération portée à son comble, de la divagation dans les idées; il faut la maintenir de force sur son lit qu'elle veut quitter. Chloroforme ; toute agitation cesse, madame G... parle avec calme avec son mari, signale les progrès du travail qui marche rapidement; elle s'étonne de ne plus sentir ces douleurs atroces auxquelles elle était en proie, et accouche d'un enfant bien portant : aucun accident.

39° 1850. — Madame B... primipare de dix-neuf ans, à terme, fut prise le mercredi, 10 janvier, des premières douleurs de l'accouchement, le matin vers huit heures. Le travail marcha assez régulièrement pendant la journée ; mais le soir, il survint au moment où la dilatation du col dut se compléter, et où la tête dut s'engager, des douleurs exagérées et beaucoup trop vivement perçues ; j'eus recours au chloroforme administré dans le but seulement de rendre la douleur supportable. Immédiatement elle fut presque complétement atténuée, et le travail, qui était devenu intolérable pour la patiente et bien pénible pour les assistants, reprit l'apparence qu'il avait alors que les mouches seules se manifestaient; la patiente reprit même souvent sa gaieté naturelle, et la nature de sa conversation et ses saillies purent nous convaincre que son esprit n'était pas engourdi. L'utérus, pendant ce temps, continuait à se contracter avec force et régularité ; après quatre ou cinq heures d'inspiration, la dilatation était complète, et la tête, en position occipito-iliaque gauche antérieure, avait pénétré dans l'excavation ; je cessai les inspirations, et, peu de temps après, la jeune femme accouchait d'une fille bien portante. Le 8 février 1850, la mère était parfaitement rétablie.

Je dois ajouter que la rigidité du col était telle (rigidité qui, certainement donna aux douleurs cette exagération), que j'employai, pour assouplir l'orifice et hâter sa dilatation, l'extrait de belladone en consistance de cire molle et de la grosseur d'un pois, porté jusqu'au col utérin.

40° 1851. — La même. Le travail moins long, quant aux préliminaires, fut cependant aussi douloureux ; le chloroforme, employé de la même manière, produisit les mêmes résultats. Une seconde fille naquit : la mère se rétablit parfaitement.

41° 1852. — La même. Exagération de la douleur plus vive que les deux premières fois. J'étais à dîner chez notre bon et savant ami Ricord quand on vint me chercher. Je trouvai madame B... dans un état d'exaspération et demandant à grands cris le chloroforme. Aux premières inspirations, le calme revint, la gaieté, les saillies aussi, et une troisième fille bien portante fut expulsée. La mère, un mois après son accouchement, partait à la campagne.

42° 1860. — Cette dame vient d'accoucher de son huitième enfant et toujours avec le même agent et les mêmes résultats à chaque couche.

43° Madame M..., cliente de M. Godard, a une troisième couche à terme. Atténuation de la douleur pendant la dernière expulsion, à l'aide du chloroforme : accouchement spontané, enfant vivant, aucun accident.

44° Madame Mau..., rue Richepanse, cliente de MM. Honoré et Carpentier-Méricourt. Mêmes faits, mêmes résultats.

45° Madame Ma..., cliente de M. Ricord. Primipare. Mêmes faits, mêmes résultats. Accouchée une fois depuis sans chloroforme.

46° Madame des F..., cliente de M. Devergie. Douleur exagérée et intolérable pen-

dant la dernière partie du travail; atténuation de la douleur par le chloroforme : accouchement spontané, enfant vivant, aucun accident. Accouchée une fois depuis.

47° Madame L..., cliente de M. Pillon. Contractions pathologiques. Chloroforme : accouchement spontané, enfant vivant, aucun accident.

48° Madame de P..., cliente de mon ami, le docteur Laroche (1860). Accouchement naturel.

49° Madame de Tr..., cliente de M. Rostan (1860). Accouchement naturel.

C. Des circonstances dans lesquelles les inspirations d'éther et de chloroforme doivent être employées dans le travail de l'accouchement.

Doit-on user des anesthésiques dans le travail naturel de l'accouchement, comme le font M. Simpson et un grand nombre des accoucheurs anglais et anglo-américains ? Ce serait, en France, le moyen le plus certain de discréditer à jamais ces agents et d'en priver l'humanité pour les cas dans lesquels ils sont véritablement utiles, dans lesquels ils sont appelés à rendre de si grands services, en prévenant ou en faisant disparaître des accidents qui, sans eux, bien souvent, auraient été suivis des plus fatales conséquences. Aussi je n'ai jamais mis les agents anesthésiques en usage que lorsque la douleur produite par l'expulsion spontanée ou par une opération était de nature à briser les forces de l'organisation et à déterminer des accidents graves.

Dans la grossesse. — Pour faire cesser les *vomissements*, pour combattre certaines *névralgies*, que ni le sulfate de quinine (quand il y avait de la périodicité dans les accès), ni l'opium, soit à l'intérieur; soit par la méthode endermique, n'avaient pu modifier.

Pour l'*avulsion d'une dent*, quand la douleur causée par la dent cariée détermine la privation de sommeil et d'appétit, et, par suite, des phénomènes qui peuvent compromettre la grossesse. Car on a vu l'extraction d'une dent déterminer une douleur telle, qu'une fausse couche ou un accouchement prématuré en était la conséquence. La douleur doit donc être atténuée dans ces cas.

Voici ce que dit notre très-honoré collègue, le docteur Oudet, à cette occasion [1] :

« Parmi les phénomènes variés que l'éther et le chloroforme produisent, deux faits ont vivement éveillé mon attention dans les premiers essais auxquels je me suis livré. L'un, que j'ai, je crois, signalé le premier à l'Académie de médecine, et publié dans l'*Union médicale*, est la persistance de l'intelligence et la faculter d'exécuter volontairement certains mouvements, avec l'abolition complète de la sensibilité. Ainsi, il n'est pas rare de voir des individus assister en

[1] *Union médicale*, 11 décembre 1849.

quelque sorte aux opérations qu'ils subissent, s'en entretenir même avec l'opérateur et en raconter après les détails, bien qu'ils accusent n'avoir éprouvé aucune douleur. L'autre, que j'ai observé souvent, est l'impossibilité où se trouvent les personnes, après quelques inspirations de chloroforme, d'opposer la moindre résistance aux opérations que je voulais leur pratiquer. Elles entendent, voient et souffrent, mais sont dépourvues de tout moyen de se plaindre. Il y a plus, à ce degré d'éthérisation, la sensibilité tactile subsiste quelquefois encore, que la sensibilité aux impressions de douleur est ou diminuée ou même abolie. Eh bien ! c'est cet état anesthésique que je désire produire, et ne jamais, autant que possible, dépasser. Aussitôt que je crois l'avoir obtenu, j'arrête les inhalations et procède à l'opération. Sans doute, en me conduisant de la sorte, je n'évite pas toute douleur ; mais celle-ci ne fût-elle diminuée que des deux tiers, de moitié, ou même de moins encore, ce résultat me suffit, car j'y trouve tout à la fois et ma sécurité et un utile service rendu à l'opérée. »

C'est toujours avec cette réserve que j'ai usé du chloroforme dans quelques-uns des cas où les femmes furent opérées par les docteurs Oudet et Delestre; nous n'eûmes qu'à nous en louer.

Pendant le travail. — Dans les cas de *rigidité du col utérin*, non que chloroforme puisque déterminer le relâchement de cette partie de l'organe, puisque l'utérus est soustrait à l'influence de cet agent, mais pour atténuer, pour rendre supportables les douleurs si vives, si constantes, si rapprochées, qui se manifestent en pareil cas, et pour prévenir les funestes conséquences de cette exagération de la douleur (l'éclampsie), et cela sans préjudice des autres moyens conseillés en pareils cas, pour remédier à la cause ; car le chloroforme n'agit que sur l'effet de cette rigidité, sur la douleur. Dès que la tête a franchi le col, la douleur devenant supportable, je cesse en général les inspirations.

Dans les *vices de conformation du bassin.* Ici encore les contractions, quand elles peuvent se suffire à elles-mêmes, ou même quand il faudra agir, doivent s'exercer pendant un temps souvent fort long, soit pour forcer la résistance qu'elles rencontrent, soit pour prouver leur insuffisance ; et ces contractions seront d'autant plus vives, quelquefois d'autant plus insupportables, d'autant plus dangereuses que l'obstacle leur opposera plus de résistance ; et si ces douleurs n'étaient pas atténuées, elles amèneraient l'épuisement des forces et ses conséquences, qui sont : la métro-péritonite, la fièvre puerpérale et la mort.

Dans les cas où la *résistance du périnée et de l'anneau vulvaire* pro-

longe les dernières contractions, et les rend extrêmement douloureuses. M. P. Dubois a remarqué, en outre, que les agents anesthésiques relâchaient le périnée : c'est une observation que j'ai faite aussi dans certaines circonstances.

Dans les cas où la *sensibilité exaltée des organes extérieurs rend toute investigation impraticable.* On comprend quels services le chloroforme peut rendre en pareil cas. (Voyez l'exemple que j'en ai cité au commencement de cet article.)

Dans les contractions pathologiques. — Le moyen par excellence pour régulariser les contractions pathologiques, c'est le laudanum administré en lavement ; mais ce moyen a l'inconvénient de faire cesser souvent complétement les contractions, et, par suite, de suspendre le travail. Je me suis très-bien trouvé, dans ces cas, de commencer par les inspirations du chloroforme pour atténuer la douleur si insupportable qui résulte de ces contractions pathologiques. S'il y a simplement exagération de la sensibilité, le chloroforme suffit ; quelquefois même, quand ce sont de véritables contractions pathologiques, ces dernières se régularisent sans s'annuler, non pas par l'influence de cet agent, mais par le repos, le calme qu'il apporte dans toute l'économie. Enfin, si elles ne se régularisent pas, j'ai recours à quelques gouttes de laudanum en lavement.

Chez madame B... les contractions pathologiques avaient été annulées par le laudanum, elles se sont ranimées pendant les inspirations d'éther.

Les inspirations anesthésiques doivent être d'autant plus mises en usage dans ce cas qu'elles peuvent : 1° permettre aux contractions de se régulariser par l'effet du calme qu'elles procurent à la patiente ; 2° qu'elles atténuent les douleurs atroces qui sont le résultat de ces contractions, et qu'elles préviennent les conséquences si funestes que cette exagération de la douleur peut déterminer, l'épuisement des forces, les *convulsions*, etc., etc., et la *mort*.

Dans les opérations obstétricales. — Certaines opérations obstétricales sont complétement exemptes de douleur, et à ce point de vue ne requièrent pas l'usage du chloroforme : telles sont la répulsion du cordon, la perforation du crâne. D'autres en déterminent si peu, qu'en vérité on ne comprend pas qu'on ait recours au chloroforme pour les pratiquer ; l'application du forceps, par exemple, faite dans un cas d'inertie chez une femme qui a déjà eu des enfants, et quand la tête est à la vulve. Chaque jour je suis appelé par des confrères pour faire des applications de ce genre, et je ne donne ni à la femme ni à moi-même l'embarras de recourir au chloroforme.

D'autres, quoiqu'elles soient productives d'une douleur vive, se

refusent à l'emploi des anesthésiques, parce que l'on n'a pas le temps d'y recourir, le moindre retard dans leur exécution pouvant coûter la vie à la mère et à l'enfant : telles sont la delivrance artificielle pour prévenir une hémorrhagie grave, le dégagement des bras, celui de la tête dans la présentation pelvienne.

Dans d'autres, les anesthésiques ne sont indiqués que pendant une partie du temps employé à les exécuter : ainsi, dans les applications *du forceps*, la tête étant arrivée dans l'excavation ou au détroit inférieur, l'application des branches, quand elle est bien faite, est presque exempte de douleur, et il est complétement inutile d'user, dans ce cas, des inspirations d'éther ou de chloroforme ; bien plus, il est avantageux pour l'accoucheur que la sensibilité ne soit pas éteinte, elle sert à le guider, elle lui donne la conscience que l'introduction des branches est inoffensive pour la mère quand celle-ci n'accuse que peu ou point de douleur ; et les inspirations, si le périnée est très-résistant, si la tête est volumineuse, sont indiquées pour atténuer la douleur que doit déterminer l'extraction de l'enfant mais ne doivent être commencées que lorsque le forceps est articulé, et au moment où l'on va exercer des tractions.

De même, dans la *version pelvienne*, lorsqu'on la pratique pour une mauvaise présentation, ou pour soustraire l'enfant aux conséquences de la compression du cordon, le chloroforme ne doit être employé que pour atténuer la douleur souvent si vive que cause la main lorsqu'elle franchit l'anneau vulvaire ; mais si la version est facile, elles sont inutiles pendant presque tout le reste de l'opération, si ce n'est lorsqu'on en a le temps, au dernier moment de l'extraction des épaules et de la tête.

Mais jamais il ne faudra compter sur les inspirations anesthésiques pour rendre plus facile une version rendue très-difficile par suite du retrait de l'utérus. C'est une espérance qui avait été conçue et qui ne devait pas être réalisée, le chloroforme étant heureusement sans influence sur les deux propriétés de l'utérus, *contractilité* et *rétractilité*.

Et si, dans ce dernier cas, on peut faire usage de ces inspirations pendant toute la durée de la version, c'est uniquement pour atténuer la douleur, souvent très-vive lorsque la rétraction de l'utérus est très-énergique.

Dans l'*application du forceps au détroit supérieur* et dans celle *du céphalotribe*, l'opération étant douloureuse dans toutes ses phases, on devra diminuer la sensibilité pendant toute la durée de l'opération. Si la main entière est introduite pour guider les branches (procédé Hatin), le chloroforme est parfaitement indiqué, parce

que cette main donne à l'accoucheur la conscience de ses actes ; il agit avec une telle sûreté qu'il n'a pas besoin des indices fournis par la sensibilité pour savoir qu'il ne commet aucune violence, qu'il ne détermine aucun désordre.

Mais il ne devrait pas en être de même si les cuillers étaient introduites par le procédé mis en usage au détroit inférieur ; en effet, ces cuillers sont guidées, dans ce cas, avec trop peu de sûreté, surtout si la main qui opère est encore peu expérimentée, pour que l'opérateur doive se priver des renseignements précieux fournis par la sensibilité. S'il tient à ne pas user du procédé Hatin, si inoffensif, si sûr, si facile, il ne devra avoir recours aux inspirations de chloroforme qu'au moment de la dernière extraction.

Dans la *symphyséotomie* et l'*opération césarienne*, les inspirations anesthésiques seront indispensables, surtout pour le premier temps de ces opérations.

D. Des accouchements dans lesquels les inspirations d'éther et de chloroforme ne doivent pas être employés.

Les agents anesthésiques sont formellement contre-indiqués toutes les fois qu'il existe prédisposition à l'*éclampsie ;* de même toute opération qui serait nécessitée pour prévenir cette éclampsie, ou qui serait mise en usage comme moyen de traitement de cette redoutable affection, devrait toujours être pratiquée sans le secours des anesthésiques. En effet, l'éther et le chloroforme, d'après les expériences de M. Piorry, semblent accroître cette névrose, et dans tous les cas ne seraient nullement indiqués lorsque la maladie est déclarée, puisque elle-même annule la sensibilité.

Les opérations devront de même être pratiquées sans éteindre la sensibilité dans les cas d'*hémorrhagie*. Comment, en effet, discerner les phénomènes qui tiennent à l'influence du chloroforme de ceux qui signalent une hémorrhagie interne, si surtout l'anesthésie a été portée jusqu'au premier degré, c'est-à-dire si en atténuant la sensibilité on a en même temps déterminé un peu d'assoupissement.

Les anesthésiques, dans ce cas, pourraient conduire aux plus déplorables conséquences, en masquant les symptômes de l'hémorrhagie et en faisant croire à la cessation de l'accident, parce que le sang ne coule plus au dehors, tandis qu'il est accumulé au dedans de la matrice.

E. Comment l'éther et le chloroforme doivent-ils être employés ?

Pour atténuer la douleur il suffit de placer sous une des narines,

l'autre étant fermée par un doigt de la patiente, l'ouverture d'un flacon à demi rempli de l'agent anesthésique ; des inspirations longues sont faites par cette narine, la bouche est fermée pendant l'inspiration et se rouvre pour l'expiration. On continue ainsi de faire faire les inspirations jusqu'à ce que le doigt de la patiente quitte de lui-même la narine.

Ce commencement de résolution indique une diminution suffisante de la sensibilité ; on s'arrête, puis on recommence quelques instants après. Pour rendre ce procédé plus facile je me sers d'un flacon d'argent garni d'un tube flexible, terminé pas un embout qui s'adapte aux deux narines. En mettant cette réserve dans l'administration de ces agents, la femme ne perd jamais connaissance et l'on peut en prolonger l'usage pendant des heures entières sans craindre aucun accident. (Voyez les observations.)

S'il s'agit de pratiquer une opération très-douloureuse et qu'il faille obtenir un degré un peu plus prononcé d'insensibilité, on prolonge les inspirations faites de la même manière ; quelquefois elles ne suffisent pas et l'on est obligé de verser quelques gouttes de chloroforme sur un petit tampon de coton ou sur une éponge ; mais on s'arrête à la première insensibilité. Mais alors il faut de toute nécessité se faire assister par un confrère qui surveille l'usage du chloroforme pendant que vous opérez. La femme perd alors souvent la conscience de ce qui se fait autour d'elle et de l'opération qu'elle subit ; d'autres fois, comme l'ont observé M. Oudet et M. Hervez de Chégoin, et comme cela eut lieu chez madame de M..., allée des Veuves, l'opérée suit tous les détails de l'opération sans rien sentir, et après de longues heures de souffrance et d'attente cruelle ; aussitôt que l'opération est terminée, la femme est rappelée à elle-même par le premier cri de l'enfant qu'elle désespérait de ne voir jamais.

Jamais à ce premier degré d'insensibilité je n'ai vu survenir d'accidents, et je suis certain qu'il ne peut s'en présenter.

En résumé les agents anesthésiques doivent être employés dans le travail de l'accouchement quand la douleur exagérée est de nature à déterminer des accidents plus ou moins graves, quelquefois mortels.

Non-seulement l'éther et le chloroforme administrés dans une sage mesure, en s'arrêtant à la première insensibilité, par la méthode que j'ai appelée *méthode atténuante,* ne font courir aucun danger à la femme ni à l'enfant, ne créent aucun obstacle, laissent *la contractilité et la rétractilité de l'utérus s'exercer dans toute leur intégrité;* mais bien plus, en diminuant la douleur, ils placent la

femme dans des conditions éminemment favorables pendant le travail, permettent de la soustraire souvent à de graves accidents, rendent les suites de couches plus exemptes de complications, le rétablissement plus prompt, car la douleur exagérée épuise les forces de l'organisme. On voit chaque jour, dans les hôpitaux surtout, des femmes amenées du dehors après un travail trop prolongé, mourir après leur délivrance par le fait de cet épuisement. Ces agents n'ont jamais déterminé d'accidents dans les cas nombreux d'accouchements dans lesquels ils ont été employés ; mais, administrés sans réserve par une main peu exercée, ils ont pu, il est vrai, en dehors de l'art des accouchements, déterminer de déplorables résultats ; mais dans ces circonstances si regrettables, l'anesthésie avait été portée trop loin sans réserve, trop brusquement. M. Ricord a donné dans son service un admirable exemple de dévouement dans un cas de mort presque consommée par le chloroforme : il ramena le malade à la vie par des insufflations de bouche à bouche. Je ferai remarquer que les accidents ont toujours été déterminés immédiatement ; aussi faut-il bien se garder d'attribuer à ces inspirations tous les accidents ultérieurs des suites de couches, comme on le fait avec tant de libéralité. Enfin, si l'éther et le chloroforme pouvaient avoir sur le travail et les suites de couches les fâcheuses influences qu'on leur attribue, la pratique des accoucheurs qui font usage de ces agents devrait témoigner de ces faits, faciles à constater, et cependant leur pratique ne passe pas pour moins heureuse que celle des autres ; elle paraît même incontestablement plus favorisée. C'est peut-être un simple hasard, une simple coïncidence : l'avenir prononcera.

TITRE III

De la présentation de la face ou de la tête défléchie.

Pour suivre l'ordre de fréquence, j'aurais dû placer immédiatement après la présentation du sommet celle de l'extrémité pelvienne ; mais j'ai pensé qu'il serait plus utile de ne pas séparer la présentation de la face de celle du sommet, pour rendre plus frappantes les analogies qui existent entre ces deux présentations, lesquelles ne sont d'ailleurs que deux subdivisions de la présentation de la tête.

[1] *Union médicale*, 22 mars 1853, article publié par M. Charles Dufour, interne.

Avant P. Portal, c'était une opinion reçue que la présentation de la face n'était pas susceptible de terminaison spontanée ; ce fut donc lui qui, le premier, posa en principe que, non-seulement l'expulsion peut se terminer, dans ce cas, par les seules forces de la nature, mais même que cette présentation est favorable à la mère et à l'enfant, et qu'ainsi elle doit rentrer dans la catégorie des accouchements naturels. Deleurye, plus tard, adopta aussi cette doctrine ; mais Deventer, Rœderer, et presque tous les auteurs qui ont précédé madame Lachapelle, la rejetèrent. Baudelocque lui-même, Gardin, Maygrier, Capuron, tout en regardant l'accouchement par la face comme possible par les seules forces de la nature, n'en ont pas moins donné le précepte de chercher à prévenir cette présentation ou celui de la changer, se fondant sur ce qu'il est des cas où elle offre des dangers.

Frappée de la facilité avec laquelle l'accouchement par la face se

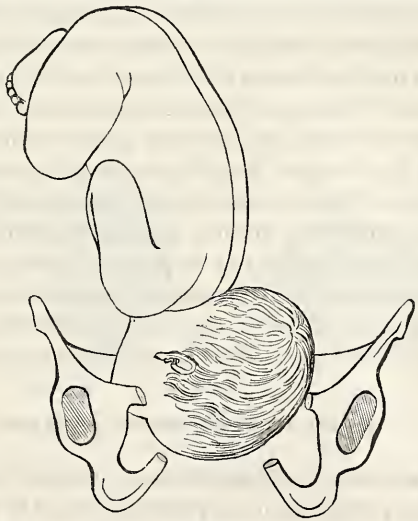


Fig. 212.

termine le plus souvent, sans qu'on ait d'accidents fâcheux à déplorer, madame Lachapelle posa en princepe que l'accouchement par la face doit être livré aux efforts spontanés. Elle se fondait sur ce fait, que dans soixante-douze cas d'accouchements par la face, elle en avait vu quarante-deux se terminer favorablement [1].

M. Velpeau eut l'occasion d'en observer six qui donnèrent naissance à des enfants vivants. MM. Nægelé, Stoltz, Moreau, se sont

[1] *Pratique des accouchements*, t. I, p. 369.

rangés à l'opinion de madame Lachapelle; enfin, M. P. Dubois, sur quatre-vingt-cinq cas observés par lui à la Maternité, fut huit fois seulement obligé d'intervenir : deux fois parce que le bras tendait à s'engager en même temps que la face, cinq fois pour résistance des parties génitales externes, une fois parce que le fœtus avait cessé de vivre. J'ai observé moi-même à la Clinique plusieurs accouchements par la face, qui se sont terminés favorablement pour la mère et pour l'enfant. Une fois seulement M. P. Dubois fut obligé d'appliquer le forceps dans une mento-postérieure droite incomplétement réduite. Ma pratique de la ville m'a souvent présenté aussi des faits semblables.

En effet, si même on laisse de côté l'expérience de chaque jour et qu'on ne considère que l'étendue des diamètres qui mesurent l'engagement et le dégagement de la face et du sommet, lesquels ont à peu près les mêmes dimensions, on sera conduit tout naturellement à admettre la terminaison spontanée comme possible, pourvu toutefois que le menton se rende sous l'arcade pubienne ; car il en serait tout autrement s'il allait se rendre dans la concavité du sacrum. Aussi, bien que d'accord au fond avec madame Lachapelle sur la manière dont les choses se passent dans la grande majorité des cas, je n'irai pas jusqu'à ranger cet accouchement dans la classe des accouchement naturels, je craindrais, en agissant ainsi, d'inspirer une sécurité trop absolue aux jeunes praticiens; et comme cette expulsion, bien qu'elle soit le plus ordinairement spontanée, compromet souvent la vie du produit et nécessite aussi quelquefois l'intervention de l'art; il me paraît plus rationnel de le comprendre parmi les accouchements spontanés et souvent naturels.

§ 1. — Causes de la présentation de la face.

L'obliquité utérine a été regardée par la plupart des accoucheurs comme la cause principale de la présentation de la face. Selon Deventer et Gardin, cette présentation serait secondaire à une présentation du sommet, et cette substitution s'effectuerait ainsi : par suite de l'inclinaison de l'utérus, l'axe de cet organe et celui du détroit supérieur n'étant plus en rapport, les contractions utérines, en agissant sur le produit, tendraient à l'engager suivant l'axe de l'utérus, c'est-à-dire obliquement et non directement, suivant l'axe du détroit supérieur. Alors la tête du fœtus viendrait s'arc-bouter contre le rebord du détroit supérieur, l'occiput se renverserait en arrière et la face viendrait remplacer le sommet.

M. P. Dubois pense que les choses ne se passent pas ordinaire-

ment ainsi. Suivant lui, ces présentations seraient presque toujours primitives et non déterminées par l'obliquité de l'organe. En effet, sur quatre-vingt-cinq cas, il n'en a rencontré qu'un seul d'obliquité bien caractérisée. Et cependant il admet qu'elles sont le résultat de la déflexion des présentations du sommet, déflexion déterminée très-probablement par les mouvements actifs du fœtus, et voici l'explication qu'il en donne : « A une époque indéterminée de la grossesse, le menton peut s'écarter de la poitrine; si le fœtus reste dans cette attitude jusqu'à terme, il s'y trouve fixé définitivement au début du travail par la rupture des membranes et les contractions de l'utérus. Cependant on ne peut pas nier d'une manière absolue que les obliquités utérines ne puissent quelquefois produirecette présentation. »

Au reste, quelle que soit la cause de cette présentation, il est évident qu'elle est le résultat de la présentation du sommet défléchi. L'ordre suivant lequel sont rangées les positions de cette présentation en est bien une preuve: en effet, la position mento-iliaque

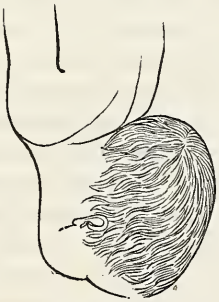


Fig. 213.

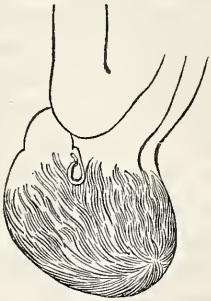


Fig. 214.

Fig. 215.

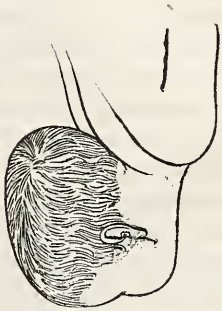


Fig. 216.

droite postérieure (fig. 213), la première de la face, correspond à l'occipito-iliaque gauche antérieure (fig. 214), la première du som-

met. La mento-iliaque gauche postérieure (fig. 216) de la face correspond à l'occipito-iliaque droite antérieure (fig. 215) du sommet, etc., etc.

§ 2. — Diagnostic.

J'ai établi, dans la classification des présentations et des positions, que la présentation de la face au détroit supérieur peut être franche ou inclinée en quatre sens différents. Ainsi, dans la présentation franche, on sent à l'orifice la face en plein ; dans les variétés de présentations malaires on sent l'une ou l'autre joue, une grande partie du front dans la variété frontale, enfin le menton et une très-petite partie du cou dans la variété mento-cervicale ; la variété frontale est la plus fréquente, les malaires le sont moins, la mento-cervicale est rare.

Quant aux positions, j'ai établi aussi que le menton peut être en rapport avec tous les points du contour du détroit supérieur; cependant la face affecte principalement les quatre positions diagonales : la mento-iliaque droite postérieure, première ; la mento-iliaque gauche antérieure, deuxième ; la mento-iliaque gauche postérieure, troisième ; la mento-iliaque droite antérieure, quatrième. Ces positions, surtout les deux premières, ont été assez souvent constatées pour qu'on puisse établir leur ordre de fréquence ; quant aux deux positions diagonales opposées, elles sont si rares, que ce n'est que par analogie qu'on peut leur assigner un rang. Voilà ce que donne la théorie, et la pratique fournit le même résultat. En effet, si le sommet se présente en position diagonale, pour trouver un engagement plus facile au détroit supérieur, à plus forte raison la face dont les diamètres excèdent un peu ceux du sommet sera-t-elle sollicitée à affecter cette situation. Aussi je ne puis admettre que les transversales soient les plus fréquentes, et je crois que l'on n'a pu être conduit à penser que l'étendue du diamètre transverse rendait les positions transversales plus fréquentes, que parce que l'on a mesuré ce diamètre sur le bassin sec où il est plus étendu, au lieu de considérer sur le bassin garni des parties molles où ce diamètre transverse est moins favorable que les obliques. On verra par la suite quelles erreurs pratiques graves ont été engendrées par cette première.

Le diagnostic de la présentation de la face n'est pas en général difficile, cependant il l'est plus avant la rupture des membranes, surtout si celles-ci sont tendues. Le doigt de l'accoucheur arrive, dans ce cas, le plus ordinairement sur le front, la face n'étant pas encore complétement défléchie, et alors on peut croire à l'existence d'une

présentation du sommet; quelquefois même la partie est si élevée qu'on ne peut l'atteindre.

Après la rupture des membranes, au début du travail, l'orifice n'étant encore que peu dilaté, on ne sent qu'une petite partie du front, les orbites et le nez; mais à mesure que la dilatation augmente, et que le mouvement d'extension se complète, la bouche et le menton viennent s'engager aussi dans l'orifice. Le diagnostic devient alors de la dernière évidence; mais fort souvent, lorsque la face est depuis quelque temps engagée au détroit supérieur, ses caractères sont un peu masqués par la tuméfaction dont elle devient le siége, et alors il serait possible de croire au premier abord à la présence de l'extrémité pelvienne, car on ne sent plus qu'une tumeur large, en partie solide, en partie molle, sur laquelle on distingue des saillies et des anfractuosités. Il faut, dans ce cas, s'attacher à bien constater la présence du nez, partie que les narines empêchent de confondre avec aucune autre. Le nez, dans ce cas, est logé dans un sillon formé par la tuméfaction des joues et c'est cette disposition qui peut faire croire à la présentation des fesses; il faut, de plus, reconnaître la bouche qu'on ne pourra confondre avec l'anus, à moins qu'on n'ait bien peu d'habitude ou beaucoup d'irréflexion. La cavité buccale, plus largement ouverte que l'anus, est garnie d'alvéoles, et contient la langue; l'anus, au contraire, se resserre sur le doigt de l'accoucheur, et le coccyx peut être facilement senti à son pourtour : ajoutez que, dans ce cas, le doigt est presque toujours retiré teint de méconium. Enfin, le contour osseux des orbites, la présence du menton ne laissent plus aucun doute.

La direction des narines dans le début du travail, celle du menton quand la dilatation permet de sentir cette partie, servent à déterminer la position. Ainsi les narines ou le menton sont-ils sentis à droite et en arrière, c'est une position mento-iliaque droite postérieure; à gauche et en avant, c'est une position mento-iliaque gauche antérieure, etc.

ARTICLE Ier.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

§ 1. — Mécanisme de l'accouchement spontané dans la présentation franche de la face, position mento-iliaque droite postérieure.

Le mécanisme de l'accouchement spontané par la face peut être divisé, comme celui du sommet, en cinq temps pour la présentation franche.

Avant la rupture des membranes, la face est modérément éten-

due, et peut s'étendre ou se défléchir davantage ; dans cette situation, elle se présente au détroit supérieur par un diamètre intermédiaire entre le mento-occipital et le mento-bregmatique, dont l'étendue est de 12 centimètres 1/2 (fig. 212). Ce diamètre est parallèle au diamètre oblique gauche du détroit supérieur, le menton répondant à la symphyse sacro-iliaque droite. Le diamètre bi-temporal est parallèle au diamètre oblique droit ; la joue qui est en avant est plus facilement accessible, soit, comme je l'ai dit à l'occasion du sommet, que cela tienne à l'inclinaison antérieure de la face ou à celle du plan du détroit supérieur.

Mais après la rupture de la poche, la face achève de se défléchir (premier temps) (fig. 217), et présente alors un diamètre plus favo-

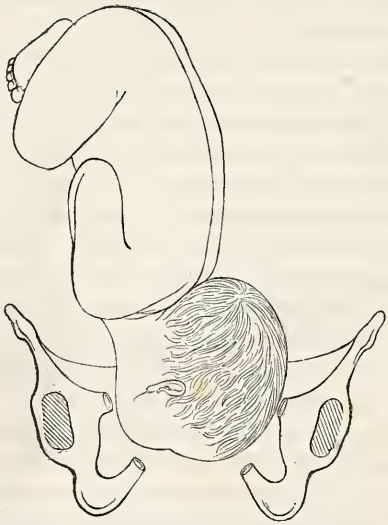


Fig. 217. — *Déflexion, premier temps.*

rable, le mento-bregmatique [1], qui a 10 à 11 centimètres par lequel elle s'engage (deuxième temps). Puis lorsque la face a pénétré dans l'excavation, et seulement lorsqu'elle repose sur le plancher du bassin, souvent même au moment où le périnée commence à se distendre, elle effectue un mouvement de rotation par lequel le menton, ramené à droite et en avant, est conduit bientôt sous la branche ischio-pubienne ; puis enfin, sous la symphyse des pubis directe-

[1] Ce diamètre mento-bregmatique n'est pas exactement parallèle avec le diamètre oblique gauche, car il est difficile que le col de l'enfant permette une extension assez complète pour que le diamètre soit tout à fait horizontal. Au reste, cette obliquité est si peu de chose qu'elle n'augmente que très-peu ce diamètre.

ment (troisième temps). Cette rotation du menton en avant a pres-

Fig. 218. — *Engagement et rotation commençante, deuxième temps.*

que toujours lieu, quelque éloigné que le menton soit des pubis, et

Fig. 219. — *Rotation complète, troisième temps; et dégagement, quatrième temps* [1].

ce n'est que par une exception bien rare qu'il va se rendre dans la

[1] Les auteurs qui ont voulu représenter le dégagement ont certainement oublié ce qui avait dû frapper leurs regards, quand la face se dégage; car les figures qu'ils ont

concavité du sacum [1]. Enfin, le menton ne tarde pas à dépasser cette

Fig. 221.

Fig. 220. — *Suite du dégagement, vu de profil.* Fig. 222.

symphyse des pubis, et à remonter vers le mont de Vénus ; la tête

Fig. 223. — *Rotation extérieure, cinquième temps.*

se fléchit alors, et le devant de la trachée s'appuyant fortement sous l'arcade pubienne, on voit successivement se dégager à la commis-

fait dessiner représentent la face à l'état normal, tandis qu'elle forme un tout impossible à reconnaître, et dont cette figure que j'ai dessinée sur nature à la Clinique donne une représentation très-exacte.

[1] Il pourra arriver dans quelques cas très-rares, si la poitrine de l'enfant reste au-

sure antérieure du périnée, le front, le bregma, l'occiput (quatrième temps). Le devant de la trachée et le dessous de la symphyse des pubis servent de point de centre à tous les rayo ns qui mesurent successivement le dégagement de la face : ces diamètres sont le trachélo-frontal, 9 centimètres 1/2, le trachélo-bregmatique, 10 centimètres, le trachélo-occipital, 11 centimètres.

Si l'on compare maintenant ces diamètres avec celui du détroit inférieur, l'antéro-postérieur, qui a 12 centimètres on se rend bien compte de la facilité du dégagement de la face dans cette situation mento-antérieure.

Le cinquième temps, celui de rotation extérieure, est le même que dans la présentation du sommet.

§ 2. — Mécanisme de l'accouchement spontané dans les autres positions de la face.

Le mécanisme de l'accouchement spontané dans les autres positions de la face est exactement le même que dans la précédente; le mouvement de rotation qui conduit le menton sous la symphyse des pubis est tout aussi constant que dans la présentation du sommet, et l'on peut établir comme règle générale, que, dans les positions de la face, quel que soit le point du contour du détroit supérieur auquel corresponde le menton, cette partie reviendra presque toujours en avant, et l'accouchement sera spontané ; mais il s'en faut de beaucoup que l'accouchement se termine aussi favorablement, quand le menton reste en arrière, ce qui est heureusement très-rare.

Comme on le voit, l'expulsion du produit s'effectue exactement d'après les mêmes lois, dans la présentation du sommet et dans la présentation de la face, tant que la nature fait les frais de cette expulsion: il y a dans ce cas parité complète entre ces deux présentations ; mais il s'en faut qu'elles puissent être assimilées l'une à l'autre quand quelque accident vient troubler la marche du travail, la nature triomphe bien moins facilement des obstacles quand la tête est défléchie que lorsqu'elle est fléchie. De même, l'intervention de l'art, si elle devient indispensable, est moins facile et moins inoffensive dans la présentation de la face que dans celle du sommet.

dessus du détroit supérieur sans suivre la face qui s'engage, et si le col de l'enfant ne peut s'allonger assez pour mesurer la paroi postérieure droite ou gauche du bassin, sur laquelle le menton glisse à mesure, que l'engagement ne puisse se compléter que petit à petit, à mesure que la rotation du menton en avant s'effectuera.

§ 3. — Mécanisme de l'accouchement spontané dans les présentations inclinées de la face, ou variétés de présentation.

Variété frontale.

Dans cette variété, c'est le front en plein qui occupe le détroit supérieur ; le doigt peut ariver aux orbites d'un côté, et de l'autre à la fontanelle antérieure. Cette variété de présentation est la plus fréquente de celles de la face ; de plus, elle précède presque toujours la présentation franche, ce qui fait qu'elle est aussi bien plus fréquente que la variété du sommet correspondante, elle se corrige comme les autres, immédiatement après la rupture des membranes.

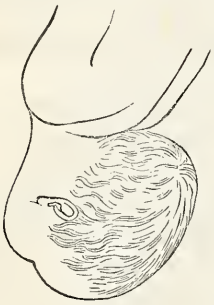


Fig. 224.

Le premier temps de l'accouchement, la déflexion totale, s'exécute ; la face, qui se présentait incomplétement défléchie, s'étend et vient occuper en plein le détroit supérieur. Il est rare, quoique cela puisse arriver, que la face, au lieu de se défléchir complétement, se fléchisse, et qu'ainsi une présentation du sommet vienne se substituer spontanément à une présentation de la face.

Variétés malaires.

Lorsque la face est inclinée au détroit supérieur, l'une ou l'autre joue occupe plus particulièrement le centre de l'orifice. Si c'est la joue qui est en avant du bassin, on sent souvent une oreille derrière les pubis, et l'on est obligé d'aller reconnaître vers le sacrum les autres parties de la face, le nez, la bouche. Si c'est la joue qui est en arrière, qui occupe l'orifice, le nez, la bouche sont plus rapprochés de la partie antérieure du bassin.

Ce que jai dit des variétés de présentation du sommet est également applicable à celles de la face. Aux premières contractions utérines, ces variétés se corrigent, la tête se redresse, et la face en plein vient occuper le détroit supérieur; en un mot, la variété fait place à la présentation franche, et l'accouchement se termine aussi favorablement que si cette variété n'avait pas existé. Les variétés malaires sont exactement dans ce cas ; elles peuvent même s'engager comme les variétés pariétales du sommet, sans le redressement préalable.

Variété mento-cervicale.

Le menton est placé presque au centre, et une petite portion du col du fœtus occupe avec lui l'orifice. On peu aussi atteindre la bouche, mais peu à peu la face s'abaisse, et la bouche, le nez, les orbites, une portion du front, viennent se joindre au menton, et s'engagent dans le détroit supérieur, le col de l'enfant étant remonté du côté opposé. Il est fort rare que ces substitutions de présentation ne s'accomplissent pas, et que l'art soit obligé d'intervenir.

Fig. 225.

Ces variétés ne changent en rien la position que la face peut affecter, et que la présentation soit franche ou inclinée, le menton n'en sera pas moins ou à droite ou à gauche, ou en avant ou en arrière.

ARTICLE II.

ANOMALIES DANS LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

Toutes les anomalies que j'ai signalées comme pouvant se manifester pendant l'expulsion du produit, dans la présentation du sommet, se rencontrent également dans l'accouchement par la face; mais il s'en faut que les choses se passent aussi heureusement dans la seconde présentation que dans la première. La nature, comme je l'ai dit, triomphe bien moins facilement des obstacles dans la présentation de la face que dans celle du sommet, et l'intervention de l'art est moins facile et moins inoffensive.

§ 1. — **Premier temps : Déflexion ou extension.**

Ainsi, le mouvement de flexion peut manquer dans la présentation du sommet (c'est un fait qui n'est pas rare), sans que ce défaut de flexion empêche l'engagement de la tête, parce que, comme je l'ai dit, cette flexion n'est qu'utile à l'engagement, et ne lui est pas indispensable. Dans la présentation de la face, au contraire, si le temps de déflexion analogue de la flexion du sommet ne s'accomplit pas, l'engagement est singulièrement retardé, et peut même quelquefois ne pas s'effectuer, et l'art est obligé d'intervenir; mais il est très-rare que cette déflexion ou extension ne s'accomplisse pas, car

elle a pour but de substituer un diamètre favorable à un diamètre qui l'est beaucoup moins (Voy. *Manœuvres dans le cas d'anomalie.*)

§ 2. — Deuxième temps : Engagement.

L'engagement, dans cette représentation comme dans toute autre, peut manquer, lorsqu'une circonstance quelconque vient nuire à son exécution, telle que le défaut d'extension, un vice de conformation, etc. (Voy. *Manœuvres.*)

§ 3. — Troisième temps : Rotation.

Comme on a pu le voir dans le mécanisme de l'expulsion spontanée, la rotation du menton s'exécute presque toujours en avant ; mais cette rotation, dans ce cas, peut très-bien n'être pas complète, et la face se dégage encore diagonalement sans trop de difficultés. Madame Lachapelle a vu ce dégagement s'effectuer transversalement.

Mais si cette rotation du menton en avant manque complétement, s'il reste en rapport avec la symphyse sacro-iliaque, ce cas est heureusement des plus rares, l'art est presque toujours obligé d'intervenir. Cependant, l'expulsion spontanée peut encore avoir lieu, mais en vertu de certaines conditions et à l'aide d'un mécanisme très-compliqué.

Dégagement spontané dans la situation mento-postérieure restée telle.

Dans cette situation, le sommet est arc-bouté derrière la symphyse des pubis, l'occiput étant resté bien au-dessus de cette symphyse, et le menton se trouve arrêté par le sacrum ; pour que le dégagement puisse avoir lieu, il faudrait que la face présentât au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (qui n'a que 11 à 12 centimètres) son diamètre occipito-mentonnier, qui a 13 centimètres 1/2. Ce qui est impossible, a moins que la tête ne vienne à changer de situation. Cette situation changée, l'accouchement peut avoir lieu de deux manières : la face continuant à se présenter, ou bien le sommet venant par un mouvement de flexion remplacer la face.

Dans le premier cas (fig. 226), le cou de l'enfant s'allonge sous l'influence de contractions très-énergiques ; une petite portion de la poitrine s'engage aussi dans le détroit supérieur, et l'occiput se renverse fortement en arrière. Ces divers mouvements combinés permettent au menton de s'avancer diagonalement en glissant dans la concavité du sacrum jusqu'au ligament sacro-sciatique, qu'il dépasse en le repoussant fortement en arrière. Le menton ainsi logé

dans la concavité du périnée (fig. 227), la trachée vient reposer sur la pointe du sacrum. Ce ne sera pas alors l'occipito-mentonnier,

Fig. 226.

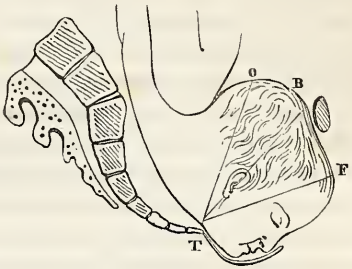


Fig. 227.

comme cela a été écrit tout récemment, qui se présentera au moment du dégagement, car un diamètre de 13 centimètres 1/2 ne peut pas se mettre en rapport avec un diamètre du bassin, quin'a que 11 centimètres 1/2, mais bien le trachélo-occipital, qui permet au sommet de s'abaisser sous la symphyse des pubis en présentant successivement au diamètre coccy-pubien le diamètre trachélo-frontal, 9 centimètres 1/2, le trachélo-bregmatique, 10 centimètres, le trachélo-occipital, 11 centimètres.

Après que le sommet et l'occiput se sont ainsi dégagés de dessous la symphyse des pubis, la face, qui est restée contenue dans la concavité du périnée qu'elle a repoussé en arrière, se dégage bientôt par un mouvement de progression en avant.

Comme on le voit, les diamètres qui mesurent la sortie de la face hors des parties osseuses dans ce cas sont les mêmes que dans les positions précédentes; aussi n'est-ce pas à l'étendue de ces diamètres que l'on doit attribuer les difficultés de cet accouchement, mais bien aux circonstances qui rendent impossible le dégagement préalable du menton, dégagement préalable sans lequel le diamètre occipito-mentonnier ne peut être évité. En effet, pour que le menton puisse parcourir toute la concavité du sacrum, afin de dépasser le ligament sacro-sciatique, il faut que le cou de l'enfant s'allonge considérablement, qu'une partie de la poitrine puisse s'engager au détroit supérieur, que les contractions de l'utérus soient très-énergiques, et que le périnée ne soit pas trop résistant. Ce sont ces conditions, difficiles à rencontrer, qui constituent toute la difficulté de l'expulsion: elles ne peuvent exister que lorsque le bassin est très-large ou le fœtus très-petit; aussi, toutes les fois que le produit aura des dimensions ordinaires, ainsi que le bassin, l'accouchement sera, dans la plupart des cas, impossible sans l'intervention de l'art.

Dans le deuxième cas, la face, étant arrivée dans l'excavation, tend à présenter aussi au détroit inférieur son diamètre occipito-mentonnier, qui ne peut franchir ce détroit; alors le menton, au lieu de se rapprocher du périnée, comme dans le cas précédent, s'en éloigne, remonte vers l'angle sacro-vertébral et se fléchit sur la poitrine, ce qui permet à l'occiput de s'abaisser et de s'engager sous les pubis. En un mot, la présentation du sommet occipito-antérieure (ou pubienne) vient dans l'excavation remplacer celle de la face.

Mais ce fait ne peut aussi s'expliquer qu'en admettant que le fœtus est encore plus petit et que le bassin est encore plus large que dans le cas précédent; car, pour que la tête, arrivée étendue par l'excavation, c'est-à-dire avant son diamètre occipito-mentonnier perpendiculaire, puisse se fléchir, il faut que le diamètre occipito-mentonnier puisse se mouvoir dans l'excavation. Or, ce diamètre ayant 13 centimètres 1/2, et l'excavation 12 centimètres, cette flexion ne pourra pas s'accomplir, à moins qu'il n'y ait une très-grande diminution dans les diamètres de la tête, et augmentation très-prononcée dans ceux du bassin.

§ 4. — Quatrième temps : Dégagement.

Le quatrième temps de dégagement peut être empêché par des circonstances étrangères, telles que la résistance des parties, l'inertie, etc. (voyez *Intervention*).

Quelquefois, dans la position mento-antérieure secondaire, c'est-à-dire quand le menton répond au derrière de la symphyse des pubis, la tête peut se fléchir dans l'excavation, et le menton, au lieu de s'engager sous les pubis, remonte la symphyse pubienne; le front se place sous l'arcade, et l'expulsion se termine comme en position occipito-postérieure du sommet. J'ai eu occasion, dans le courant de janvier 1841, de suivre ce mécanisme chez une femme, à la Clinique. La position primitive avait été une position *mento-iliaque droite postérieure, qui, avant d'exécuter le mouvement, s'était, bien entendu, réduite complétement en antérieure.* La tête de l'enfant était petite et le bassin large, ce qui explique cette anomalie dans le temps de dégagement. C'est ce dégagement que j'ai représenté (fig. 219).

§ 5. — Cinquième temps : Rotation extérieure.

Enfin, le cinquième temps, ou celui de rotation extérieure de la tête intérieure des épaules, est soumis aux mêmes irrégularités que celui du sommet.

ARTICLE III.

PRONOSTIC POUR LA MÈRE.

J'ai établi dans le premier chapitre de cet article, que l'accouchement par la face devait être regardé comme spontané dans la plupart des cas, mais comme n'étant pas toujours naturel ; car le travail est quelquefois plus long, plus pénible pour la mère, plus dangereux pour le fœtus, que dans l'accouchement par le sommet ; il nécessite aussi plus souvent les secours de l'art. En effet, comme je l'ai déjà dit, les anomalies, dans les différents mouvements que doit exécuter la face dans son trojet, ont une influence bien plus fâcheuse que dans l'accouchement où la tête s'est présentée fléchie ; et la situation mento-postérieure droite ou gauche, qui reste telle après son engagement ou qui devient tout à fait postérieure, constitue un accident des plus fâcheux. Mais il est absolument faux, comme quelques auteurs le pensent encore, que la situation primitive mento-postérieure droite ou gauche soit plus fâcheuse que la position antérieure ; car les mento-postérieures primitives se réduisent presque toujours en antérieures secondaires, c'est-à-dire après l'engagement ; et comme d'ailleurs elles sont les plus fréquentes, ce que démontre la pratique de chaque jour, ce sont elles qui donnent lieu à la plus grande partie des accouchements spontanés.

Si le travail est quelquefois plus long dans la présentation du sommet, ce n'est pas parce que la face offre au détroit supérieur des diamètres qui sont défavorables à l'engagement, j'ai déjà démontré le contraire, le trachélo-bregmatique qui mesure l'engagement n'ayant que 10 à 11 centimètres, le diamètre oblique du bassin qui lui correspond ayant toujours plus de 11 centimètres mais parce que la face, qui s'offre au détroit supérieur, s'accommode mal par ses anfractuosités au contour régulier de ce détroit, et qu'elle reste séparée de l'orifice utérin par une assez grande quantité de liquide, au lieu de s'appuyer, comme le sommet, sur cet orifice, et d'en favoriser la dilatation.

Quant au mouvement de rotation, il s'exécute avec autant de régularité que dans l'accouchement par le sommet, quelque éloigné que le menton soit de la symphyse des pubis. Nul doute cependant que l'accouchement ne soit bien plus fâcheux, lorsque, au lieu de se rendre en avant, le menton se rend en arrière ; car la femme s'épuisera en vains efforts ; et dans ce cas, que l'art soit obligé d'intervenir, ou que l'expulsion soit spontanée, ce qui est très-rare, le séjour prolongé de la tête derrière la symphyse et sur le rectum pourra déter-

miner des fistules vésico et recto-vaginales. De plus, au moment où la tête franchira les parties externes, le périnée, malgré les plus grands soins, pourra être compromis.

Pour le dégagement au détroit inférieur, quand le menton est allé se rendre sous le pubis, il s'effectue aussi rapidement que celui de l'occiput. L'expérience le prouve, et quoi qu'on en ait dit tout récemment, le contraire n'est pas le moins du monde *évident;* car la ligne courbe que décrit dans ce cas la contraction afin de dégager le front, le bregma et l'occiput, est exactement la même que dans le dégagement occipito-antérieur, où le bregma, le front et la face, doivent aussi parcourir la concavité du sacrum et celle du périnée. Tel est, du reste, l'avis de madame Lachapelle [1].

ARTICLE IV.

PRONOSTIC POUR L'ENFANT.

La prolongation du travail, quand la face occupe le détroit supérieur, peut déterminer la pléthore cérébrale et toutes les conséquences fâcheuses qui en résultent pour le produit. Il en est de même dans la rotation mento-antérieure, circonstance cependant la plus favorable, par suite du séjour trop prolongé de la partie antérieure du cou de l'enfant sous les pubis. La compression des jugulaires qui en résulte compromet la vie de l'enfant une fois sur dix à douze accouchements. Malheureusement il est difficile d'assigner un terme précis au delà duquel il n'est plus permis d'attendre. On voit en effet des fœtus rester longtemps dans cette attitude sans que leur vie soit compromise; d'autres, au contraire, naître morts après un travail facile et peu prolongé. Suivant madame Lachapelle, si l'enfant exécute des mouvements de la langue et des lèvres, il faut rester dans l'inaction; mais si les mouvements viennent à cesser, il faut agir. A ces indications, il est bon de joindre les signes fournis par l'auscultation, afin de s'assurer de l'état de la circulation fœtale.

Le cas est bien plus grave, si le menton, restant en arrière, à droite ou à gauche, ou étant allé se rendre dans la concavité du sacrum, on se voit dans l'obligation d'agir; l'allongement considérable du cou, la compression des branches, souvent irrégulièrement appliquées, compromettront sa vie.

La procidence du cordon est une complication fâcheuse qui ac-

[1] *Pratique des accouchements.* Paris, 1821, t. I, p. 393.

« Or, il y a bien plus d'espace libre entre le menton et le rachis qu'entre l'occiput « et la même partie; donc la face peut s'enfoncer plus avant *sous les pubis* que l'oc- « ciput, donc elle offre plus d'avantage, etc., etc. »

compagne aussi souvent cette présentation, parce que le détroit supérieur ne se trouve pas exactement bouché par la partie qui s'engage.

La tuméfaction, dont la face est toujours le siége, ne doit être comptée pour rien dans le pronostic : c'est un phénomène qui se rencontre aussi, quoique moins prononcé, dans les autres présentations, et qui n'est dû qu'à un afflux séro-sanguin, que quelques jours suffisent pour dissiper. Il en est de même de la tendance que la tête a de se renverser sur le dos, par suite de la situation forcée dans laquelle elle s'est trouvée en parcourant le bassin.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA CONDUITE QUE L'ACCOUCHEUR DOIT TENIR DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LA FACE.

S'il faut rejeter, dans les positions mento-antérieures primitives de la présentation de la face, le procédé de Baudelocque, à l'aide duquel on tâche de changer la présentation de la face en présentation du sommet, ne convient-il pas de le rejeter aussi dans les positions mento-postérieures primitives ?

Les accoucheurs du siècle dernier, madame Lachapelle elle-même dans le début de sa pratique, conseillaient de convertir la présentation de la face au détroit supérieur en présentation du sommet. Pour cela, avant l'engagement de la face, la main dont la paume regarde l'occiput devait être introduite entre le rebord du détroit supérieur et la tête, en soulevant cette tête ; puis les quatre doigts, fixés en forme de crochet sur l'occiput, devaient entraîner cette partie au détroit supérieur.

Ces auteurs se fondaient, pour donner un semblable conseil, sur ce que l'accouchement par le sommet est aussi favorable que possible au produit, tandis que l'accouchement par la face ne se termine spontanément que dans les cas où le menton répond en avant du bassin, et sur ce que souvent même, dans ce cas, la vie de l'enfant est compromise.

Ils alléguaient aussi en faveur de leur opinion un fait inexact, à savoir, que les mento-iliaques droite et gauche postérieures donnant toujours lieu aux mento-postérieures directes, il fallait se hâter de

prévenir cette rotation du menton en arrière, en ramenant le sommet au détroit supérieur au lieu de la face, la situation mento-postérieure nécessitant toujours une intervention plus ou moins fatale au produit et à la mère.

Il me sera facile de démontrer que ces craintes sont chimériques pour la plupart, et que si l'art était si souvent obligé d'intervenir autrefois, si la vie des enfants et des femmes a été si souvent compromise dans cette présentation, cela tenait bien plutôt à ce qu'on se hâtait de troubler la marche de la nature, au lieu de la laisser agir, ce qui aurait éclairé sur le véritable pronostic de cet accouchement.

Je démontrerai aussi que, si l'on a si longtemps persévéré dans de semblables erreurs, cela tient à ce qu'on attribuait à la présentation de la face les accidents qui résultaient des manœuvres qui étaient tentées pour convertir cette présentation.

Chacun le sait aujourd'hui, tous les auteurs contemporains s'accordent pour regarder la présentation de la face comme permettant l'accouchement spontané dans la grande majorité des cas, et tous ont fait justice du procédé de Baudelocque [1], qui consiste à tenter, dès le début du travail, de convertir au détroit supérieur la présentation de la face en présentation du sommet. Un seul du moins, si mes recherches ne m'ont pas trompé, s'obstine à conseiller encore de revenir à ce procédé mais seulement dans les positions mento-postérieures.

Voici comment cette manière de voir, tout à fait opposée aux doctrines du professeur de la Clinique d'accouchements, est reproduite dans cet ouvrage que M. Dubois a mis dans les mains des sages-femmes de la Maternité, probablement par respect pour la mémoire de Baudelocque :

« Et si dans l'état actuel de la science les positions mento-antérieures doivent être abandonnées à la nature, en est-il entière-

[1] Si cet illustre accoucheur a été conduit à commettre cette erreur, c'est qu'avant lui et de son temps on ne permettait jamais à l'accouchement de terminer spontanément dans la présentation de la face, et attribuant à la présentation elle-même les accidents nombreux qui suivaient cette intervention intempestive, on ne s'en croyait que bien plus dans l'obligation d'agir à l'avenir dans la vue de prévenir ces accidents. Une autre circonstance qui s'opposait encore à ce qu'on sortît de ce cercle vicieux, est celle-ci : dans les cas où un accident obligeait à extraire la face au moyen du forceps, les accidents qui suivaient cette extraction pratiquée selon les procédés mis en usage à cette époque étaient encore bien propres à faire redouter la présentation de la face qu'on ne manquait pas de regarder comme la cause première de ces accidents : mais là encore on attribuait à la présentation ce qui ne résultait que d'un mode d'intervention meurtrier pour la mère et pour l'enfant.

« ment de même des positions mento-postérieures? En un mot, « cette dernière position bien constatée au début du travail, ne « devrait-on pas, avant son engagement, chercher à la convertir en « *position* (lisez présentation) du sommet, et prévenir ainsi les diffi- « cultés qui pourront naître plus tard? J'avoue que si j'avais à me « prononcer en pareille matière, je résoudrais la question par « l'affirmative [1]. »

Il est de la dernière importance, comme j'espère le démontrer, de s'élever contre un semblable précepte : car il peut avoir les plus fâcheuses conséquences pour les mères, les enfants, et aussi pour les jeunes accoucheurs.

Commençons d'abord par établir, en nous appuyant sur des autorités irrécusables, que les positions mento-postérieures primitives, c'est-à-dire celles qui sont placées au-dessus du détroit supérieur, doivent être assimilées aux antérieures, tant qu'aucune complication, tant qu'aucune anomalie ne se rencontre dans le cours du travail, tant qu'aucune tentative de réduction n'a été faite.

Voici ce que dit à ce sujet M. Nægelé [2] :

« Dans les présentations de la face, que le front soit primitive- « ment un peu plus en avant, ou un peu plus en arrière, la marche « du travail est la même. Le menton dans la suite se tourne tou- « jours en avant et va se rendre au-dessous de l'arcade des pubis, « pourvu toutefois qu'il n'existe pas de conditions pathologiques « qui puissent s'y opposer, ou bien que des circonstances exté- « rieures ne soient pas venues déranger la position de la tête, « comme par exemple, des tentatives faites pour l'améliorer ou pour « opérer un accouchement artificiel, etc. »

Les opinions de MM. Stoltz, P. Dubois, sont aussi catégoriques à cet égard, et l'expérience de chaque jour a mis hors de doute que, dans la présentation de la face, le menton, quel que soit le point du détroit supérieur avec lequel il ait été en rapport, revient, dans l'immense majorité des cas, se rendre en avant sous les pubis, où il se dégage.

En un mot, toutes les positions de la face, même les positions postérieures, se réduisent aux antérieures directes.

Pourquoi donc alors faire une exception en faveur des seules positions mento-postérieures primitives.

[1] L'auteur, dont ce passage est extrait, repousse avec énergie et toujours avec sa politesse accoutumée le reproche que je lui adresse de ramener les élèves à l'école de Baudelocque; il nie avec fermeté; pour donner le change, il en appelle au texte de son livre qui justement le condamne, comme on peut le voir par les citations des pages 184 et 185 de ce traité.

[2] *Manuel d'accouchements*, trad. par Schlesinger-Rahier. Paris, 1857, p. 225.

Ne serait-il pas bien plus raisonnable de confier encore l'accouchement aux efforts spontanés dans les positions postérieures au-dessus du détroit supérieur, comme on l'aurait fait sans hésiter pour les positions antérieures, puisque, par le fait de cette rotation du menton, elles deviennent antérieures? Certainement.

Qu'on consulte les relevés de la salle d'accouchement de la Clinique de Paris, ce que chacun peut faire quand il lui plaira, et l'on se convaincra de l'exactitude de ce que j'avance.

Ainsi, en parcourant les bulletins où les circonstances qui ont accompagné l'accouchement de chaque femme accouchée dans cet établissement sont consignées, on lira presque toujours, dans les cas de présentation de la face : accouchement spontané, et très-souvent : enfant vivant.

Bien plus, et ce qu'il nous importe d'établir d'une manière irrécusable, on lira presque toujours : position mento-postérieure droite réduite en intérieure.

C'est qu'en effet, les positions mento-postérieures, surtout celles dans lesquelles le menton est à droite, sont incomparablement plus fréquentes que toutes les autres.

Il résulterait alors de cette fréquence des mento-postérieures droites, si l'on agissait seulement pour les positions postérieures au début du travail, que l'intervention serait presque la règle dans la présentation de la face.

Ce n'est certainement pas à cette conclusion que doivent nous conduire les observations faites dans ces derniers temps.

Cette fréquence des positions mento-postérieures, que l'expérience force à admettre, est aussi mise hors de doute par le simple raisonnement.

Qu'on examine un peu ce qui se passe dans la présentation du sommet, qui n'est que la première variété de la présentation de la tête, dont la face est la seconde, et l'on verra que le sommet choisit de préférence les situations diagonales pour s'engager au détroit supérieur. C'est un fait non contesté. Pourquoi cela a-t-il lieu? Parce que les diamètres obliques sont les plus grands.

Quand la face se présente, les premiers diamètres de cette partie, avant le mouvement d'extension, excèdent de beaucoup ceux du sommet; la face sera donc sollicitée, bien plus que ne devrait l'être le sommet, à affecter cette situation diagonale pour trouver plus de facilité à s'engager, puisque la résistance qu'elle éprouve est plus grande. Comment admettre après cela que les positions transversales sont plus fréquentes?

Mais ce n'est pas tout : la présentation de la face n'étant pour chacun qu'une présentation du sommet qui s'est étendue à une époque indéterminée de la grossesse ou du travail, la fréquence des positions de la présentation du sommet devra, comme je l'ai déjà dit, entraîner la fréquence des positions de la présentation de la face. Ainsi, la position occipito-iliaque gauche antérieure, la plus fréquente pour le sommet, devra fournir pour la face la position mento-iliaque droite postérieure, qui sera la plus fréquente; l'occipito-iliaque droite postérieure, la seconde, fournira la mento-iliaque gauche antérieure, et ainsi de suite. (Voyez les figures 213, 214, 215, 216.)

Si l'on réservait le procédé de Baudelocque pour les seules positions postérieures primitives, on agirait presque toujours ; ce n'est pas ce qui a lieu, et cette conduite n'est pas certainement suivie, du moins j'aime à le croire, par ceux qui conseillent encore, depuis 1844, le procédé que je m'efforce de combattre. Je sais qu'on peut citer bon nombre d'accidents dans la présentation de la face, et que ces accidents acquièrent encore plus de gravité dans les positions postérieures, lorsque, par une anomalie fort rare, elles restent postérieures. Ainsi, dans les circonstances les plus favorables de la présentation de la face, c'est-à-dire dans les positions mento-antérieures secondaires, que le menton ait été primitivement en avant ou en arrière, la vie de l'enfant peut être compromise, par la compression des jugulaires, une fois sur dix à douze accouchements. Et dans les positions postérieures qui restent telles, l'enfant périt fort souvent, que l'accouchement se termine spontanément, ce qui est fort rare, ou que l'art intervienne, ce qui est presque la règle, et sa vie sera encore bien plus souvent compromise si l'on met en usage le procédé d'extraction directe avec le forceps, au lieu de ramener le menton en avant.

Quant à la mère, dans les positions postérieures restées telles, le séjour prolongé des parties fœtales dans l'excavation, l'intervention elle-même, surtout si l'on extrait au moyen de tractions directes, peuvent compromettre l'intégrité des parties et déterminer des fistules vésico ou recto-vaginales, des ruptures du périnée.

Bien entendu qu'il faut défalquer les accidents qu'on est toujours fort disposé à mettre sur le compte de la présentation, et qui peuvent résulter d'un excès de volume du produit, d'un rétrécissement du bassin, d'une trop grande résistance de parties maternelles et fœtales, et surtout d'une intervention intempestive mise en usage dès le début du travail (celle même que je m'efforce de combattre) ; enfin, d'une intervention mal dirigée (tractions directes), intervention

qui serait nécessaire pour soustraire la mère ou l'enfant au danger d'un accident étranger à la présentation.

Mais, m'objectera-t-on, pourquoi, puisque vous convenez que certains accidents sont dépendants de la présentation, quelle que soit sa position, que d'autres bien plus graves peuvent se présenter accidentellement quand une anomalie dans la marche du travail vient à se rencontrer, pourquoi ne pas user du procédé de Baudelocque dès le début du travail, au moins dans les positions qui peuvent donner lieu aux accidents les plus graves, et par conséquent dans les positions mento-postérieures primitives? par ce procédé vous placerez la mère et l'enfant dans les conditions les plus favorables, dans celles, en un mot, où ils seraient si le sommet s'était présenté de lui-même au lieu de la face. Pourquoi donc ne pas chercher, dès le début aussitôt que la dilatation de l'orifice le permet, à ramener au détroit supérieur le sommet au lieu de la face, en introduisant la main dans l'utérus et en accrochant, à l'aide de cette main, l'occiput pour l'entraîner au centre du détroit supérieur?

Certainement, si ce procédé était facile, inoffensif, s'il mettait le fœtus et la mère après cette réduction, *en supposant qu'on ait pu la produire*, dans les conditions où ils seraient tous deux dans une présentation du sommet spontanée ; si, en un mot, il y avait la moindre comparaison à établir entre l'accouchement, dans la présentation spontanée du sommet et l'accouchement dans le cas où le sommet aurait été ramené de force au détroit supérieur, certainement il faudrait toujours recourir au procédé de Baudelocque, même dans les positions mento-antérieures, pour épargner à l'enfant la mort sur dix ou douze accouchements, cette mort n'arrivant qu'une fois sur cinquante dans la présentation du sommet.

Mais chacun comprendra, pour peu qu'il ait pratiqué l'art des accouchements, pour peu qu'à défaut de pratique il réfléchisse mûrement sur ces faits, qu'il ne peut y avoir parité entre l'accouchement qui suit une semblable réduction, et celui qui s'effectuerait dans une présentation du sommet spontanée. Ce n'est pas tout encore. Chacun comprendra aussi quelles difficultés sont attachées à l'exécution de ces tentatives, dans lesquelles on échoue le plus ordinairement. Certes, si l'on en croyait sur parole celui qui préconise ce procédé, c'est l'affaire d'un tour de main.

« Il faut pour cela, dit-il, introduire la main dont la face palmaire, « etc., etc; puis, après avoir empoigné la face à pleine main, la « *refouler* autant que possible au-dessus du détroit supérieur, con- « tourner le vertex avec la face palmaire de quatre doigts, et fléchir « la tête sur la poitrine. La *position* de la face (lisez : présentation)

« ainsi convertie en *position* du sommet (lisez encore : présentation), « les contractions utérines feront le reste [1]. »

Aucune crainte ne peut arrêter l'opérateur : on ne fait envisager à l'élève aucune des difficultés qu'il devra rencontrer ; on ne lui indique pas celles qu'il ne devra jamais s'efforcer de vaincre, en pareille circonstance, sous peine de voir se produire les accidents les plus graves. Oui, je le répète, l'élève n'a qu'à y mettre la main, qu'on me passe cette expression d'un célèbre prestidigitateur, et *le tour est fait.*

Les auteurs s'accordent à regarder ces réductions de présentation comme très-difficiles, très-souvent même comme impossibles ; et tous, ceux même qui préconisent ce procédé, avouent que ces tentatives sont très-douloureuses et souvent très-graves pour la mère. Sans compter qu'on doit ajouter qu'il s'en faut qu'elles soient inoffensives pour le produit ; non pas immédiatement, mais par le trouble qu'elles apportent dans les phénomènes d'expulsion qui suivront ces tentatives ; enfin par la nécessité où l'opérateur pourra être souvent de procéder, après ces tentatives inutiles, à l'extraction du produit, soit à l'aide de la version pelvienne, soit à l'aide du forceps.

Ainsi, en supposant d'abord qu'à l'aide de ce procédé on ait ramené le sommet au lieu de la face au détroit supérieur, l'introduction entière de la main, dès le début du travail, alors que les organes génitaux externes ne seront pas encore suffisamment assouplis, sera extrêmement douloureuse pour la mère ; les efforts d'introduction de cette main dans l'utérus, en outre qu'ils seront aussi fort douloureux, pourront, dans certains cas, déterminer des accidents graves : M. Moreau les a vus causer, en pareille circonstance, une rupture de l'utérus, qui fut suivie de la mort immédiate, et ce fait a d'autant plus de valeur, que l'opérateur, au dire de M. Moreau, avait une certaine habitude des opérations obstétricales. Pendant ces tentatives, le cordon ombilical pourra être entraîné par le liquide amniotique, auquel on offre une très-facile issue en débouchant le détroit supérieur. Cette circonstance met certainement le produit dans une situation tellement grave, qu'il succomberait le plus ordinairement si l'on n'intervenait pas ; de là, malgré le succès de ces tentatives, la nécessité de recourir à la version pelvienne ou au forceps, manœuvres qui ne sont pas toujours exemptes de danger pour l'enfant. Un bras ou les deux bras peuvent être entraînés aussi ; enfin, en supposant encore qu'aucun de ces accidents ne se soit produit, il en est un, inséparable de ces tentatives, qui se reproduira toujours, et

[1] 686 ou 599.

qui ne met certainement pas le fœtus dans les conditions où il serait si le sommet s'était présenté de lui-même : je veux parler de l'entier écoulement du liquide amniotique.

L'enfant, privé de cette couche de liquide protecteur, pendant toute la durée de l'accouchement qui va suivre, sera bien plus exposé, si le travail se prolonge, qu'il ne le serait dans un cas de présentation du sommet spontanée. En effet, dans ce dernier cas, la tête, au moment de la rupture des membranes, bouche si hermétiquement le col utérin, qu'il ne s'échappe le plus ordinairement que la quantité de liquide contenue dans la poche placée au-dessous de la tête, et que le reste de ce liquide ne s'écoule que graduellement, à mesure que l'engagement du produit s'effectue, et que même, phénomène que chacun peut constater chaque jour, il reste jusqu'à la fin de l'accouchement une quantité de liquide assez considérable, et qui ne s'échappe qu'avec les dernières parties fœtales.

L'enfant est protégé alors contre la compression trop immédiate des parois utérines, et surtout le cordon est moins exposé à la compression qu'il peut subir entre les parties fœtales et les parties maternelles.

Eh bien, l'enfant est privé de toutes ces circonstances favorables dans l'accouchement qui suit les tentatives de réduction, en supposant toujours qu'on ait pu réussir.

Les difficultés extrêmes qu'on rencontre le plus ordinairement dans l'accomplissement, l'impossibilité absolue où l'on se trouve souvent de l'accomplir après avoir fait beaucoup souffrir la mère, et l'avoir mise, ainsi que son produit, dans de mauvaises conditions, devraient y faire renoncer. Ce que, au reste, on sera presque toujours obligé de faire, malgré l'insistance qu'on aura mise; et, dans ce dernier cas, toutes les douleurs seront perdues; et l'on aura compromis la sûreté de l'enfant, et risqué de compromettre la vie de la mère, pour être souvent, en définitive, parce qu'on a troublé la marche de la nature, obligé de recourir soit à la version, soit au forceps.

« Mais le plus souvent il n'est pas possible d'y réussir, s'écrie « Smellie[1], lorsque les eaux sont évacuées, que la matrice est for- « tement contractée sur l'enfant, et que la partie supérieure de la « tête est si glissante qu'on ne peut la retenir, de manière qu'on « en vient rarement à bout, *quand même* la compression ne serait « pas grande, à moins que la tête ne soit petite, et alors le seul « moyen de sauver l'enfant est de le retourner. »

[1] *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*, Paris, 1771, t. I, p. 293.

Comme on le voit, Smellie préfère la version pelvienne, même dans les circonstances qui semblent favoriser le plus la réduction de présentation. Il s'exprime clairement sur les difficultés insurmontables qu'on rencontre dans ces tentatives quand l'utérus est rétracté ; il n'est pas le seul, et dans un instant je vais faire connaître à cet égard l'opinion des auteurs les plus recommandables. Mais avant, qu'il me soit permis d'apprécier dans quelles circonstances l'auteur, qui conseille encore de nos jours le procédé de Baudelocque, et cela dans trois éditions successives, engage les jeunes accoucheurs à le pratiquer.

« *Une femme est depuis longtemps en travail, les membranes sont rom-*
« *pues, les eaux écoulées depuis cinq ou six heures et plus, les contrac-*
« *tions utérines ont été très-énergiques depuis l'écoulement des eaux, le*
« *toucher fait reconnaître une bonne conformation du bassin, une dila-*
« *tation complète et aucune résistance du col de l'utérus, cependant la*
« *partie qui se présente reste élevée et ne s'engage pas dans l'excavation ;*
« *mais en cherchant quelles peuvent être, au milieu des circonstances*
« *aussi favorables, les causes qui retiennent la partie qui se présente en-*
« *gagée au détroit supérieur, on s'aperçoit que c'est la face qui se pré-*
« *sente en position mento-postérieure. On est, je crois, en droit de con-*
« *clure que la lenteur du travail est due à la non-réduction de la position*
« *mento-postérieure en antérieure. Dans ce cas, je crois qu'il faut tenter*
« *de* convertir *la* position *de la face,* etc. [1]. »

Certes, le véritable praticien trouvera, dans ces circonstances ou jamais, des impossibilités à l'accomplissement de cette opération.

Mais ce n'est pas tout, cette phrase est curieuse à étudier à plus d'un autre titre. Ainsi, nous ne pouvons comprendre comment, au milieu des circonstances les plus favorables, la face ne peut s'engager dans le détroit supérieur, parce que le menton est en arrière, à droite ou à gauche. La situation mento-postérieure primitive augmenterait-elle les diamètres de la face? Nous avions toujours pensé que la face devait présenter toujours les mêmes dimensions au détroit supérieur, que le menton soit en avant, ou qu'il soit en arrière. Cette difficulté n'est donc, à mon sens, qu'une pure fiction ; ce ne sera jamais au détroit supérieur bien conformé, et surtout dans les circonstances énoncées dans la citation, que la face pourra s'engager. En vérité, ce n'était pas la peine de bâtir un pareil échafaudage, tout juste pour se donner l'occasion de dire de semblables choses ; et je le répète, si cette situation mento-postérieure reste telle, ce n'est que dans l'excavation que se rencontreront les obstacles, et non au détroit supérieur.

[1] Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 686 ou 599.

A moins que, contrairement à ce que l'expérience démontre chaque jour, on ne regarde, comme le passage cité semblerait le faire entendre, le défaut d'engagement déterminé par le défaut de rotation, manière de voir qui forcerait d'admettre que, puisque ce défaut de rotation peut empêcher l'engagement à son début, cette rotation du menton en avant s'accomplit au détroit supérieur ; qu'en un mot, dans le mécanisme de l'accouchement spontané, le temps de rotation précède l'engagement au lieu de le suivre. Je sais bien, il est vrai, que dans quelques cas très-rares, dans les positions mento-postérieures, la rotation du menton en avant peut quelquefois commencer un peu avant que l'engagement soit complet, et cela pour favoriser cet engagement ; mais c'est une exception qui, d'ailleurs, ne se rencontre qu'à une époque avancée de l'engagement, et jamais au détroit supérieur. Aussi, il ressort bien pour moi de la lecture du passage cité, que c'est au défaut de rotation du menton en avant que sont attribuées les difficultés de l'engagement au détroit supérieur.

Mais supposons pour un moment que cette difficulté puisse se rencontrer, comment conseiller la version céphalique cinq ou six heures, ou plus, après l'écoulement des eaux, et lorsque les contractions utérines s'exercent avec énergie depuis longtemps ? Cette opération serait-elle praticable sans danger pour la mère, surtout si, suivant le conseil donné par l'auteur dans une opération où tous les mouvements doivent être ménagés, on *refoule* la tête ?

Si ce cas pouvait être supposé, la version pelvienne ne serait-elle pas moins impraticable ? Je n'en doute pas, et je crois l'avoir démontré.

Madame Lachapelle [1] cite à l'appui de son opinion un grand nombre d'auteurs : « Les conseils que Mauriceau donne à ce sujet « sont très-sages, dit-elle, et ses paroles méritent d'être transcrites.

« Les auteurs qui ont écrit sur les accouchements sans les avoir « jamais pratiqués, comme ont fait plusieurs médecins, recomman- « dent tous, par un même précepte, souvent réitéré, de réduire à la « figure naturelle chacune des situations contre nature dans les- « quelles l'enfant peut se présenter, c'est-à-dire de le faire venir la « tête la première ; mais s'ils avaient eux-mêmes mis la main à « l'œuvre, ils connaîtraient bien que cela est le plus souvent impos- « sible, à moins qu'on ne risquât, par l'excès de la violence qu'il « faudrait faire, de crever la mère et l'enfant.

Puis elle continue en ces termes [2] :

[1] *Pratique des accouchements*, t. I, p. 80.
[2] *Ibid.*, p. 405.

« Il s'agit du redressement de la tête ou d'un mouvement de flexion « opposé à celui qui change une position du vertex en frontale ou fa- « ciale. Deux manières d'y parvenir se présentent d'abord à l'esprit, « et ce sont les mêmes dont nous avons parlé tout à l'heure : re- « pousser le menton et attirer l'occiput. De quelque manière qu'on « s'y prenne, les auteurs conseillent d'abord de repousser la totalité « du fœtus, pour se ménager de l'espace et de la liberté. C'est sur « l'épaule, ou la poitrine, ou le dos, que Guillemeau avait conseillé « de porter l'effort destiné à repousser le fœtus, avant d'agir sur « l'occiput. »

Et, après avoir cité l'opinion de quelques auteurs à ce sujet, elle s'écrie : « Voilà bien des autorités ; mais ce refoulement est-il une « chose bien facile? Oui, sans doute, il l'est avant la rupture des « membranes; mais alors il est inutile, car si la tête est basse, il « vaut mieux laisser aller les choses ; si elle est haute, on peut la « redresser sans refoulement. Mais quand les eaux se sont écoulées, « et l'utérus rétracté, c'est en vain qu'on cherche à l'opérer; quelle « que soit la partie sur laquelle on appuie, on romprait plutôt la « matrice. Voilà pour le refoulement préliminaire, passons au re- « dressement même. »

« Ce n'est pas une petite affaire pour un accoucheur que de « redresser une tête, a dit Dionis ; les observations de Delamotte « Mauriceau, P. Portal, nous font voir qu'ils allaient, en pariel cas, « chercher les pieds, etc. Pour moi, j'ai quelquefois réussi à « changer les présentations de la face ou du pariétal, souvent aussi « j'ai échoué dans mes efforts. »

Plus loin, elle ajoute encore : « Si l'on n'agit pas au milieu des « eaux de l'amnios, et dans la plus grande liberté, je suis persuadée « qu'on échouera constamment. »

« Que de fois, s'écrie madame Lachapelle, n'ai-je pas perdu ma « peine à de semblables tentatives, quand la tête était grosse, quand « elle était engagée dans le détroit supérieur, etc. ; et, même dans « les circonstances les plus souhaitables, je n'ai pas toujours réussi[1].

« Je ne suis pas la seule, au reste, à qui cela soit arrivé, « Delamotte n'en put venir à bout dans deux accouchements *qui se* « *terminèrent seuls*.

« Lorsque j'employai ce procédé, j'étais encore imbue du pré- « jugé général ; j'avais contre la terminaison spontanée des accou- « chements de cette sorte une prévention que je n'ai plus aujour-

[1] *Loc. cit.*, p. 408.

« d'hui; je croyais ne pouvoir assez tôt apporter remède à ces « dispositions redoutables. »

La pratique de P. Dubois lui a donné les mêmes résultats lorsque, par nécessité, dans des cas de rétrécissement du bassin, par exemple, il s'est trouvé dans l'obligation de tenter cette manœuvre.

M. le docteur Cahen père, souffrant, exténué de fatigues, me fit appeler pour le seconder auprès d'une dame israélite chez laquelle il était depuis quinze à vingt heures. Les membranes étaient rompues depuis fort longtemps, et les parties fœtales qui se présentaient au détroit supérieur y restaient fixées sans s'engager; la présentation était constituée par la face en variété frontale, à laquelle s'était réuni un bras, et la position était une mento-iliaque droite postérieure ; les contractions étaient faibles, languissantes.

Trois circonstances pouvaient, dans ce cas, s'opposer à l'engagement de la face, sans qu'on puisse accuser la position mento-postérieure d'être la cause de ce retard : la variété frontale, dans laquelle la tête, n'étant pas étendue complétement, présentait au détroit supérieur un diamètre très-voisin de l'occipito-mentonnier, qui a près de 13 centimètres ; la présence du bras qui venait augmenter les diamètres de la présentation ; enfin l'inffisance des contractions utérines. Nul doute que sans ces circonstances la face ne se fût engagée ; après cet engagement le menton serait allé se rendre en avant et le dégagement aurait eu lieu :

1° La variété frontale de la présentation de la face pouvait exister par elle-même, ou bien elle pouvait être déterminée par la présence du bras, qui aurait gêné le mouvement d'extension complet que la face doit exécuter pour s'engager. Enfin elle pouvait résulter de ce que les contractions utérines étaient insuffisantes à déterminer le mouvement d'extension de la face, qui seul peut lui permettre de s'engager.

2° La présence du bras avec la face au détroit supérieur pouvait à elle seule expliquer les difficultés de l'engagement, par suite de l'augmentation, qu'elle apporte dans les diamètres qui se présentent.

Cependant la présence du bras constitue rarement un obstacle dont la nature ne puisse triompher quand les contractions sont énergiques et qu'il n'existe aucun autre obstacle. Mais, dans le cas présent, les contractions étaient faibles, et la variété frontale pouvait à elle seule déterminer l'arrêt du travail.

3° L'inertie utérine était peut-être enfin la seule cause réelle du défaut d'engagement de la présentation. En effet, sans contractions pas d'extension de la face, pas d'engagement simultané de la tête et du bras.

Cette dame, déjà mère de plusieurs enfants, était épuisée ; depuis plusieurs heures le travail n'avait fait aucun progrès, et l'on avait tenté en vain de ranimer les contractions.

Que restait-il à faire ?

Réduire le bras. M. le docteur Cahen fut de cet avis, et cette réduction put être opérée presque sans douleur pour la mère. Mais après, les choses restèrent dans le même état : le front répondait toujours au centre du détroit supérieur ; la fontanelle antérieure placée à gauche et en avant ; les orbites, dirigés en arrière et à droite, vinrent s'appuyer sur le contour de ce détroit, et l'extension de la face ne s'effectua pas. Après avoir de nouveau attendu pour constater encore l'insuffisance de la nature, nous nous décidâmes à agir.

Il n'y avait d'autre indication à remplir qu'à tenter de fléchir la tête pour ramener le sommet au détroit supérieur, ou d'abaisser la face au centre de ce même détroit, ou enfin il fallait extraire le produit par la version ou le forceps, suivant le cas.

Le fœtus était encore très-mobile, l'utérus était à péine rétracté ; je crus donc pouvoir tenter de convertir la présentation de la face en présentation du sommet, et pour cela , suivant le procédé conseillé par Baudelocque, l'occiput étant à gauche, j'introduisis la main droite ; mais il me fut impossible, sans violences qui auraient été préjudiciables à la mère, de contourner l'occiput, et cependant je ne crois pas avoir la main ni plus volumineuse, ni moins exercée que certains de ceux qui conseillent ce procédé. Les parties fœtales, par leur forme et par les mucosités dont elles sont couvertes, étaient tellement glissantes, qu'il m'eût été impossible de prendre une prise solide sur l'occiput, quand bien même j'aurais pu saisir convenablement cette partie. Connaissant tout le danger que peuvent avoir ces tentatives réitérées, je n'insistai donc pas davantage dans ce sens, et je tentai un procédé fort inoffensif, mais qui est tout aussi rarement couronné de succès ; je soulevai le front à droite et en haut, mais inutilement. La face en variété frontale voulait bien décidément rester face en variété frontale, rien ne pouvait fléchir la tête ; il fallait donc accepter cette présentation et tâcher de la régulariser, si cela était possible, c'est-à-dire qu'il fallait tenter de ramener la face en plein au détroit supérieur. Deux fois ma main gauche, introduite à droite et en arrière, put accrocher la mâchoire supérieure, et put ramener la face en plein au centre du bassin, mais deux fois la face, abandonnée à elle-même après cette réduction, remonta instantanément à droite et en arrière, et le front vint de nouveau occuper la place qu'il avait quittée momentanément.

Tant il est vrai, comme je l'ai éprouvé si souvent, et comme je l'ai si souvent entendu répéter à P. Dubois, qu'il est bien plus facile de changer en totalité la présentation du produit par la version pelvienne, ou de l'extraire avec le forceps, que de corriger les présentations irrégulières. En effet, par cela seul qu'elles se sont manifestées, ces présentations ont une tendance opiniâtre à rester telles ou à se reproduire, en supposant qu'on ait pu par hasard les corriger momentanément.

Cette connaissance me traça la véritable voie que je devais suivre. L'épuisement de la mère augmentait, l'auscultation ne me laissait pas parfaitement tranquille pour l'enfant. La tête ne pouvait être ni fléchie ni défléchie complétement; il fallait donc extraire le produit, ce que je fis à l'aide de la version pelvienne.

La main gauche, introduite à droite et en arrière, saisit un genou, après avoir laissé de côté le bras qui avait été réduit, et qui était resté très-voisin du détroit supérieur.

Cette main tira sur le genou et amena ainsi, sans difficulté aucune, un enfant qui se ranima quelques secondes après sa naissance.

Quinze jours après l'opération, l'enfant se portait parfaitement, et la mère, qui avait peu souffert, se rétablit aussi rapidement que si elle fût accouchée seule.

Ainsi, dans un cas où la réduction de présentation ne put être opérée, la main, sans *refouler* la tête, trouva un facile passage pour aller jusqu'aux membres inférieurs ; cette main, pour le dire en passant, put très-bien, chemin faisant, discerner le bras voisin de l'orifice, du genou qu'elle voulait saisir, sans être obligée, dans la crainte de se tromper, de passer sur le dos ou le côté du fœtus, et de redescendre sur les extrémités inférieures en contournant les fesses. Elle laissa le bras de côté, glissa directement jusqu'aux membres inférieurs, accrocha un genou, sans savoir lequel, tira sur ce genou, et amena un enfant vivant, sans qu'il eût été besoin d'aller rechercher l'autre membre. Cette version, qui ressemble à presque toutes celles qu'on pratique journellement, montre, pour le dire en passant, combien sont futiles la plupart des règles données dans ce cas.

Ces faits, ainsi que la nature de la présentation, ont été constatés par un homme auquel sa nombreuse clientèle et son âge ont donné une très-grande expérience, et il n'y aura là rien qui puisse surprendre celui qui a vu et qui a fait par lui-même.

En résumé, je me crois en droit de conclure de tout ceci, que le procédé de Baudelocque, qui consiste à convertir la présentation de la face en présentation du sommet, ne doit pas être mis en pra-

tique, pas plus dans les positions postérieures primitives de la face que dans les antérieures, parce qu'il est démontré que ces positions différentes, à leur début, se convertissent toutes, en définitive, en sous-mento-pubiennes secondaires ; autrement dit que quel que soit le point du détroit supérieur que regarde le menton, ce menton revient en avant, et que l'accouchement spontané se termine, dans ce cas, de la même manière que dans les mento-antérieures primitives.

Qu'enfin, si l'on agissait dans les positions mento-postérieures primitives seulement, le menton étant bien plus souvent à droite et en arrière que dans toute autre position, l'intervention, dans la présentation de la face serait presque la règle, et ce n'est pas ce que l'expérience autorise à admettre.

Il me semble aussi résulter de ces faits que, bien que les positions mento-postérieures puissent, dans certaines circonstances fort rares, donner lieu à des accidents graves (qu'on ait été ou non obligé d'intervenir), on ne peut pas s'autoriser de ces accidents si exceptionnels pour conseiller d'intervenir, toutes les fois que le menton sera situé en arrière, au détroit supérieur ; car, pour parer à une éventualité qui ne se réalisera très-probablement pas, on se trouverait dans l'obligation d'agir presque toujours, *la position mento-iliaque droite postérieure étant celle qu'on rencontre presque toujours au détroit supérieur*, et de compromettre à coup sûr la sûreté de la mère et celle de l'enfant, en troublant intempestivement la marche de la nature.

Tandis que, si au lieu de chercher à convertir la présentation, on la respecte, l'accouchement se terminera spontanément, dans l'immense majorité des cas, et aussi favorablement pour la mère et l'enfant que cela peut avoir lieu dans les positions mento-antérieures.

Mais ce n'est pas tout ; je crois avoir démontré aussi que ces tentatives, dans la plupart des cas, seront infructueuses, la présentation pouvant se reproduire dès qu'elle est abandonnée à elle-même, ou bien parce qu'on aura rencontré des obstacles insurmontables dans l'exécution de ce procédé, ce qui arrivera le plus ordinairement.

Dans la plupart des cas, les fonctions de l'accoucheur se borneront donc à soutenir le périnée ; mais il faudra se rappeler que le devant du cou, au moment du dégagement, appuie sur le bord de l'arcade pubienne, et qu'il ne faut pas soutenir avec trop de force, dans la crainte d'augmenter la compression des jugulaires.

Si, maintenant, par suite d'anomalies dans la marche du travail, après que la face a franchi le détroit supérieur, le menton restait en

arrière et à droite, ou allait se rendre tout à fait en arrière, on se trouverait dans la nécessité d'y pourvoir le mieux possible : c'est ce dont je vais m'occuper dans les chapitres suivants.

—

CHAPITRE II

DES ACCIDENTS QUI PEUVENT SE MANIFESTER PENDANT TOUT LE COURS DE L'ACCOUCHEMENT, LORSQUE LA FACE SE PRÉSENTE.

Les accidents qui peuvent requérir l'intervention de l'art dans la présentation de la face, depuis son engagement au détroit supérieur jusqu'à son dégagement au détroit inférieur, sont les mêmes que dans la présentation du sommet, et les moyens d'y remédier aussi. Je me dispenserai donc de les énumérer tous ; je ne rappellerai que ceux qui présentent quelques indications spéciales à la présentation de la face.

De plus, ces accidents étant des complications bien plus fâcheuses dans la présentation de la face, l'accoucheur devra intervenir plus promptement. La présence de la face au détroit supérieur présente aussi dans les procédés à employer certaines modifications.

Premièrement, l'accoucheur doit préférer toujours la version au forceps, tant que cette opération sera possible, car l'application du forceps peut avoir pour le produit des conséquences bien plus funestes, quand la tête est étendue (face), que lorsqu'elle est fléchie (sommet), une des cuillers venant presque toujours s'appliquer sur la face en plein quand le placement des branches est irrégulier. Secondement, quand un accident se manifestera, la face occupant le détroit supérieur, il devra agir plus tôt que dans la présentation du sommet, pour prévenir l'engagement de la tête et la rétraction trop énergique de l'utérus, circonstances qui, rendant la version impossible, forceraient d'avoir recours au forceps.

Pour les accidents qui peuvent se manifester pendant tout le cours de l'accouchement, voyez *Sommet*, page 492 et suivantes.

CHAPITRE III

DIFFICULTÉS RÉSULTANT D'ANOMALIES DANS LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT.

Les anomalies, dans les différents temps du travail, ont une influence bien plus fâcheuse dans la présentation de la face que dans celle du sommet, où la nature suffit le plus souvent à elle-même.

ARTICLE Ier.

ANOMALIE DU PREMIER TEMPS : LA DÉFLEXION.

Comme je l'ai dit pour la présentation du sommet, l'engagement de la tête fléchie peut très-bien avoir lieu sans flexion préalable, et si cette flexion s'exécute, ce n'est que pour favoriser l'engagement, et non parce qu'elle est indispensable à cet engagement. Il n'en est pas de même de la déflexion ou de l'extension dans la présentation de la face. Sans l'accomplissement de ce premier temps, l'engagement ne peut s'effectuer : aussi, quand cette déflexion n'a pas lieu, l'art est obligé d'intervenir.

Pour cela, on tâchera d'attirer le menton au centre du détroit supérieur, et si cela était impossible, il faudrait pratiquer la version pelvienne.

ARTICLE II.

ANOMALIES DU SECOND TEMPS : ENGAGEMENT.

Les circonstances qui peuvent seules s'opposer à son accomplissement sont l'anomalie dans le premier temps ou le défaut d'extension : l'inertie utérine, l'excès de volume de la tête, les rétrécissements du bassin, etc.

ARTICLE III.

ANOMALIES DU TROISIÈME TEMPS : ROTATION.

C'est un des accidents les plus fâcheux qui puissent compliquer le travail dans la présentation de la face. En effet, la rotation du menton en avant est un phénomène nécessaire, sans lequel l'expulsion spontanée ne peut avoir lieu ; il faudra donc ramener le menton en avant : le forceps seul peut opérer cette rotation.

ARTICLE IV.

ANOMALIES DU QUATRIÈME TEMPS : DÉGAGEMENT.

L'inertie, la résistance des parties, etc., etc., peuvent seules l'empêcher de s'accomplir.

ARTICLE V.

ANOMALIES DU CINQUIÈME TEMPS : ROTATION EXTÉRIEURE.

(Voyez *Sommet*, page 492.)

CHAPITRE IV

OBSTACLES MÉCANIQUES A L'ACCOUCHEMENT.

(Voyez *Sommet*, page 492.)

Pour tous les accidents de ce chapitre, les indications sont exactement les mêmes que dans la présentation du sommet. Les variétés de présentation offrent seules quelques particularités à noter.

ARTICLE Ier.

VARIÉTÉS DE PRÉSENTATION.

Variétés de présentations malaires,

Il est bien rare que l'on soit obligé d'agir pour des variétés de présentation en général. Ce que j'ai dit au sujet des variétés de la présentation du sommet est également applicable à celle de la face.

Ainsi, premièrement, dans les cas où l'une ou l'autre joue occupe le détroit supérieur (variétés malaires), comme on a pu le voir dans l'article *Accouchement spontané par la face*, les variétés malaires se redressent presque toujours aux premières contractions, et cèdent la place à la présentation franche. Maintenant, si le redressement n'a pas lieu, la face peut encore s'engager inclinée jusque dans l'excavation [1], et le redressement ne s'opérer qu'au détroit inférieur, en même temps que le dégagement; si cependant, ce qui est très-rare, l'une ou l'autre variété malaire persiste à se présenter, sans s'engager, il faudra intervenir. Malheureusement le redressement manuel, pour ramener la face au centre du détroit, ne sera pas plus praticable dans ce cas que dans les variétés pariétales du sommet. De plus, il sera impossible, dans la majorité des cas, de ramener le sommet au lieu de la face, en allant accrocher l'occiput (voyez *Conduite à tenir dans l'accouchement par la face*), car on aura dû attendre assez longtemps pour constater l'insuffisance des contractions

[1] Madame Lachapelle, *Pratique des accouchements*, t. I, p. 400, § 2.

utérines, qui suffisent ordinairement à opérer ce redressement, et la rétraction de l'utérus sera alors devenue tellement énergique qu'elle s'opposera dans la plupart de cas aux tentatives de réduction.

La version pelvienne, même dans ces cas, ne sera pas toujonrs possible, l'application du forceps sera malheureusement dans bien des circonstances la seule ressource. Néanmoins, il faudra insister autant que possible pour pratiquer la version pelvienne, afin d'éviter tous les dangers d'une application de forceps sur la face; au reste, je le répète, ces présentations sont rares, et il est encore plus rare qu'on soit appelé à intervenir pour déterminer leur engagement.

Variété de présentation frontale.

La variété de présentation frontale, comme on a pu le voir dans l'article *Accouchement spontané par la face*, est la plus fréquente; de plus, elle est bien plus fréquente que celle du sommet correspondante. En effet, c'est par elle que la face se présente toujours de prime abord, puis elle se convertit aussi toujours en présentation franche : la tête se présente, dans ce cas, à demi défléchie par un diamètre défavorable, voisin de l'occipito-mentonnier, 12 centimètres 1/2; mais le premier temps de l'accouchement spontané, la flexion complète, qui manque rarement, s'accomplit, et la face, s'étendant tout à fait, vient occuper en plein le détroit supérieur. Si la variété frontale persiste sans se réduire, l'engagement n'est possible que si la tête est petite ou le bassin très-large. Deux procédés ont été conseillés dans ce cas pour terminer l'engagement. Le premier consiste soit à fléchir la tête pour ramener le sommet, en cherchant à remonter le menton pour le rapprocher de la poitrine, ce qui est presque inexécutable [1], soit à aller accrocher l'occiput, et je me suis déjà prononcé à cet égard. Le second pourra être quelquefois suivi de succès : il consiste à soutenir le front pendant la contraction pour permettre à la face de descendre, ou à attirer le menton en bas avec deux doigts en forme de crochet. Madame Lachapelle a souvent pu

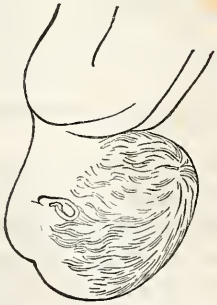


Fig. 228.

[1] Madame Lachapelle, *Pratique des accouchements*, t. I, p. 405.

réussir ainsi; souvent elle a échoué [1]. Cela m'est arrivé aussi à la Clinique d'accouchements de Paris, en janvier 1841 [2], et une fois depuis en ville, chez une cliente de M. le docteur Cahen. Dans le cas d'insuccès de ces manœuvres partielles, si la rétraction de l'utérus s'oppose à la version, on appliquera le forceps. C'est ce que je fus obligé de faire (1852) avec MM. les docteurs Delmas et Terrier.

Variété de présentation mento-cervicale.

Enfin, la variété mento-cervicale, celle dans laquelle le menton et une partie du cou sont sentis à l'orifice, se réduit comme les précédentes en présentation franche; elle est d'ailleurs très-rare. Si cette réduction n'a pas lieu (ce qui est encore plus rare), on tente d'abaisser la face à l'aide de deux doigts introduits dans la bouche, tandis que de l'autre main, placée sur la fosse iliaque, à laquelle correspond l'occiput, on tâche d'engager la tête. Cette opération est difficile; aussi, si la face ne s'abaissait pas, ou ne pouvait être abaissée, on se conduirait comme dans les variétés précédentes.

Fig. 229.

ARTICLE II.

VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

Quoiqu'un vice de conformation du bassin au détroit supérieur n'exclue pas la terminaison spontanée dans une présentation de la face, on ne peut pas se dissimuler que cette terminaison doit être rare et qu'elle ne fasse courir, quand elle a lieu, de grands risques au produit; aussi la version pelvienne devant être proscrite dans ce cas, M. P. Dubois conseille-t-il de tenter de ramener le sommet au

[1] Madame Lachapelle, *Pratique des accouchements*, p. 407.

[2] La face tendait à s'engager en variété frontale. Je cherchai alors, en soutenant le front énergiquement à l'aide de deux doigts, à empêcher cette partie de descendre la première; mais toute la force que je pus employer fut inutile, le front pénétra jusque dans l'excavation, le mouvement de rotation mento-antérieur ne s'en exécuta pas moins, et la petitesse de la tête, qui avait permis l'engagement en variété frontale, permit à cette tête de se fléchir un peu, et le menton, au lieu de se placer sous les pubis, resta derrière l'arcade. De nouveau je fis des tentatives pour abaisser le menton sous l'arcade, comme cela aurait dû avoir lieu dans une expulsion régulière; mais mes efforts furent encore infructueux, et la tête, achevant de se fléchir, se dégagea en occipito-postérieure.

lieu de la face, quand cela est possible, avant d'appliquer le forceps, pour éviter au produit tous les dangers d'une application qui ne peut être qu'irrégulière. (Pour le reste des indications, voyez *Sommet*.)

Si le rétrécissement existe au détroit inférieur, le forceps sera seul applicable. Il en sera de même quand la face sera retenue par la résistance des parties génitales externes.

CHAPITRE V.

RÈGLES GÉNÉRALES DE L'APPLICATION DU FORCEPS DANS LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Les règles générales de l'application du forceps dans la présentation de la face sont les mêmes que pour le sommet; quant aux règles particulières, elles sont aussi les mêmes quand le menton répond en avant du bassin, mais elles diffèrent du tout au tout quand le menton est en rapport avec la moitié postérieure du bassin, et je vais les énumérer, en commençant, comme je l'ai fait pour le sommet, par les applications les plus simples pour aller ensuite aux plus composées.

ARTICLE Ier.

RÈGLES PARTICULIÈRES DE L'APPLICATION DU FORCEPS QUAND LA FACE EST DANS L'EXCAVATION.

Quelle que soit la cause qui nécessite l'application du forceps, cette application variera suivant la position dans laquelle se trouvera la tête. Les règles qui la régissent, quand la face est arrivée dans l'excavation, le menton répondant à la moitié antérieure du bassin, sont les mêmes que dans la présentation du sommet, l'occiput répondant aussi en avant.

§ 1. — Position secondaire, mento-sous-pubienne.

Dans la position mento-sous-pubienne directe, la concavité des bords du forceps devra regarder le dessous de la symphyse des pubis, une branche à gauche, l'autre à droite, comme dans la situation

correspondante du sommet occipito-sous-pubien; de même, on fera des tractions directes, combinées de mouvements de latéralité, puis relevant l'instrument au-devant de la symphyse des pubis, on imprimera à la tête un mouvement de flexion qui permettra au front, au bregma et à l'occiput de se dégager à la commissure antérieure du périnée.

§ 2. — Position secondaire, mento-iliaque gauche antérieure.

Si je suivais l'ordre de fréquence des positions de la face, je devrais, immédiatement après la mento-pubienne, m'occuper de la mento-iliaque droite postérieure, mais l'application étant exactement la même dans les cas où le menton regarde les mêmes points de la moitié antérieure du bassin, que dans la présentation du sommet, je décrirai d'abord les applications antérieures pour faire mieux ressortir les analogies.

Dans la position mento-iliaque gauche antérieure, correspondante à l'occipito-iliaque gauche antérieure sous le point de vue de l'application du forceps, la concavité des bords de l'instrument, étant dirigée à gauche et en avant, sera en rapport avec le menton que l'on doit ramener sous le pubis; la branche à pivot sera placée la première en arrière et à gauche, la branche à mortaise en avant et à droite, et par le mouvement de rotation on ramènera sous les pubis et la concavité des bords et le menton, puis on dégagera comme précédemment.

§ 3. — Position secondaire, mento-iliaque droite antérieure

Dans la position mento-iliaque droite antérieure, l'application sera inverse de la précédente : la branche à pivot sera placée en haut et à gauche, la branche à mortaise en bas et à droite, le menton sera ramené sous les pubis, et le dégagement sera le même.

§ 4. — Positions secondaires transversales.

Dans les positions transversales, diriger la concavité des bords à gauche si le menton est de ce côté, et pour prendre la face autant que possible par ses côtés, placer la branche à pivot tout à fait dans la concavité du sacrum, l'autre sous les pubis, si cela est possible, etc.; diriger la courbure à droite si le menton répond de ce côté; placer la branche en haut sous les pubis, la branche à mortaise dans la concavité du sacrum, etc. Cette application, même dans l'excavation, n'est pas toujours possible aussi régulièrement; souvent on ne pourra appliquer le forceps que comme en position diagonale, et la courbure ne se trouvera pas tout à fait en rapport avec le

menton. On sera alors obligé, pour dégager le menton de dessous lespubis, d'exagérer un peu la rotation du forceps.

§ 5. — Positions mento-iliaques, droites et gauches, secondaires postérieures.

Les règles de l'application du forceps seront-elles maintenant les mêmes pour la face, quand le menton regarde la moitié postérieure, que pour le sommet dans les positions correspondantes?

Je répéterai d'abord qu'il est excessivement rare que la face, ayant pénétré dans l'excavation, reste en situation diagonale mento-iliaque droite ou gauche postérieure.

Mais si, par hasard, en vertu de cette anomalie dans le mouvement de rotation, quoiquelle soit fort rare, le menton restait en arrière; si, avant que cette rotation ait eu le temps de s'exécuter, une hémorrhagie grave, ou tout autre accident obligeait à intervenir, après l'engagement de la face, comment cette intervention devrait-elle être dirigée?

C'est ici qu'il m'importe de m'appuyer sur les auteurs les plus recommandables, pour donner à mes critiques tout le poids que mérite l'importance du sujet.

Je viens de condamner les moyens d'intervention dès le début du travail, quelle que soit la positon primitive de la face; ceux qui ont été conseillés jusqu'à ce jour pour extraire la face quand le menton est resté en arrière méritent tout autant la réprobation de l'homme de l'art.

Smellie, vers le milieu du dix-huitième siècle, le premier, constata cette position, et signala, le premier aussi, le danger d'un dégagement mento-postérieur direct, et il se demanda s'il ne conviendrait pas mieux de ramener le menton en avant pour dégager la face.

Mais un conseil aussi sage tomba bientôt dans l'oubli; car ses contemporains, Puzos, Levret, Deleurye, A. Petit, Astruc, Solayrès, ou ne donnèrent aucun conseil à l'égard de cette position mento-postérieure restée telle, ou conseillèrent de dégager le menton en arrière.

Précepte que formula Baudelocque [1].

Madame Lachapelle, au contraire, s'oppose formellement à ce que le menton soit dégagé en arrière; une observation aussi importante ne devait pas échapper à l'esprit supérieur de cette femme célèbre.

« Si par hasard, dit-elle [2], chose que mon expérience me fait « regarder comme impossible, je trouvais le menton tout à fait tourné

[1] *L'art des accouchements*, t. II, p. 187.

[2] *Pratique des accouchements*, t. I, p. 411.

« en arrière, c'est-à-dire vers le sacrum, et que l'enfant fût présumé « vivant, je crois que je ferais tout pour aller aux pieds, la tête fût- « elle au bas de l'excavation. » Cette méthode me paraît préférable « l'application du forceps et à des *tractions directes*, etc., etc.

Mais elle ajoute (et il est important de ne pas le passer sous silence) : « Mais si la tête, en pareil cas, avait franchi l'orifice, *il faudrait bien « se résoudre entre les deux manières d'appliquer le forceps ; la version « ne serait plus proposable.* » Et elle se décide pour la rotation du menton en avant.

Cette manière de voir se trouve en tout confirmée par les règles qu'elle trace à l'occasion de l'application du forceps, dans la présentation de la face (page 401). « Règle non moins générale, dit-elle, le « bord concave du forceps doit toujours être du côté du menton, « parce que c'est le menton qui doit toujours être ramené en avant. » Plus loin (page 402), elle dit encore : « Smellie veut même qu'on l'y « porte (le menton en avant) quand il était d'abord tourné vers le « sacrum ; je n'ai jamais vu le menton tout à fait en arrière, mais j'ai « rencontré des positions diagonales dans lesquelles il regardait une « des symphyses sacro-iliaques. Le forceps eût été alors d'une appli- « cation analogue à celle que Smellie exige, mais bien difficile ; « je ne l'ai employée qu'après réduction à une position franche ; « avant la réduction, j'ai préféré la version. » Tout le monde sera de son avis, et préférera la version quand elle sera possible : c'est ce que j'ai dit aussi, et c'est ce que j'ai fait chez la cliente de M. Cahen ; mais si elle cesse de l'être, il faut bien recourir au forceps. Laissons encore à cette occasion parler notre auteur : « J'en ai dit « assez ailleurs pour n'avoir pas besoin de répéter longuement les « raisons pour lesquelles, quand la tête est entière, le menton ne « doit jamais, *sous quelque prétexte que ce soit, être conduit et dégagé en « arrière ; ce serait vouloir se créer des obstacles invincibles et tuer l'en- « fant. Il n'est qu'un seul cas où l'on serait excusable de le tenter, si l'on « croyait avoir plus de facilité de ce côté-là* en arrière : c'est celui « où l'enfant est dans un état complet de putréfaction, ou bien celui « où le crâne a été d'abord vidé, puis déchiré par les crochets et où « la tête se trouve réduite, pour ainsi dire, au volume de la face et « de la base du crâne. »

Est-il possible d'être plus clair et plus formel ?

Oui, madame Lachapelle préfère la version au forceps, dans la présentation de la face, et elle a parfaitement raison. Qui oserait dire le contraire ? J'ai adopté pleinement cette manière de voir, de même qu'avec elle je préfère la version pelvienne aux réductions de présentation, pratiquée après la rupture des membranes que je regarde

comme bien plus difficile et comme tout aussi grave pour le produit dans la plupart des cas.

M. Velpeau, M. Moreau, ne font aucune distinction, sous le point de vue des règles de l'application du forceps dans la présentation de la face, entre les positions occipito et mento-postérieures. Enfin, lorsque je tâchai de réunir en corps d'ouvrage les excellents préceptes que j'avais puisés aux leçons de mes maîtres, à celles de M. P. Dubois surtout, aucune recherche n'avait pu m'éclairer à cet égard.

Cependant, Messieurs, l'opinion de Smellie, quoique à peine exprimée, celle de madame Lachapelle plus nettement formulée, quoique cependant ces auteurs n'aient tracé aucune règle à suivre pour ramener le menton en avant, et un fait dont je fus témoin à la Clinique où la rotation du menton en avant fut exécutée par M. P. Dubois avec un plein succès, m'ont conduit à mettre en usage et à tracer les premières règles qui aient été formulées à cet égard [1].

Depuis j'ai appris, par un de mes élèves, qui avait suivi la pratique de M. Champion, de Bar-le-Duc, que tels étaient aussi les préceptes de cet habile chirurgien. M. Champion lui-même m'expliqua plus tard sa manière de procéder, qui, bien qu'elle ne soit pas semblable à celle que j'ai adoptée, n'en conduit pas moins au même résultat : *Ramener le menton en avant, quel que soit le point du bassin avec lequel le menton soit en rapport.*

[1] Pendant que j'écrivais ces lignes, M. P. Dubois mettait en pratique à la Clinique ce procédé, dans une position mento-iliaque gauche postérieure, position qui, pour le dire en passant, n'est pas aussi rare qu'on l'a dit, et que je l'avais pensé moi-même : elle doit suivre en fréquence l'occipito-iliaque droite antérieure.

Clinique, 7 juin 1844. — Une jeune femme, arrivée à peu près au terme d'une grossesse troublée vers le huitième mois par quelques pertes sanguines légères, offrait une obliquité antérieure de l'utérus très-prononcée. Lorsque les douleurs de l'enfantement se développèrent, on put constater une élévation très-notable de la partie fœtale, et reconnaître une présentation de la face en variété frontale (le diamètre occipito-mentonnier se présentant en entier), et en position mento-iliaque gauche un peu postérieure. Le col ne se dilatant pas, on fit les sections de ses bords à l'aide de ciseaux courbes sur leur tranchant ; sections qui portèrent l'une un peu en avant et à droite, l'autre un peu en arrière et à gauche. Cette dernière intéressa un vaisseau par lequel eut lieu une hémorrhagie qui devint assez inquiétante pour déterminer M. Dubois à appliquer le forceps plus promptement qu'il ne l'aurait fait. Dans cette application, une des branches fut placée un peu en arrière et à droite, l'autre en avant et à gauche ; la tête saisie du front à l'occiput, le menton fut ramené vers le pubis et dégagé vers le milieu de la branche ischio-pubienne. L'enfant fut amené mort, ce que M. P. Dubois attribue bien davantage aux efforts du travail, à ceux exercés avec le forceps pendant la traction, qu'au mouvement de rotation que l'on fit exécuter à la tête, mouvement qui dépassa de bien peu un quart de cercle. Quant à la mère, l'application fut pour elle des plus inoffensives.

M. le docteur Vanier, du Havre, me fit appeler vers la fin de décembre 1842, pour un enfant qui se présentait par la face, en position mento-iliaque gauche postérieure ; c'est-à-dire le menton regardant la symphyse sacro-iliaque gauche, la face avait pénétré profondément dans l'excavation.

Mais la résistance excessive du périnée et l'insuffisance des contractions, circonstances qui auraient tout aussi bien pu se rencontrer dans une présentation du sommet que dans celle de la face, l'empêchèrent d'exécuter son mouvement de rotation, et par suite son dégagement.

La femme commençait à s'épuiser, il fallait agir aussi dans l'intérêt de l'enfant ; j'appliquai le forceps. Malgré l'engagement forcé de la face dans l'excavation, l'application fut très-facile, presque exempte de douleurs pour la mère ; et en très-peu de temps, et sans lésion aucune des organes, je pus extraire, en ramenant le menton en avant, un enfant qui se porte aujourd'hui parfaitement, quoiqu'il soit arrivé au monde avec le menton exactement sur le dos.

Notre confrère, M. Vanier, qui avait constaté la position, assista à l'opération, et peut aussi témoigner de ses résultats.

Mais avant de donner quelques détails sur le procédé que j'ai suivi, je vais m'arrêter un moment sur quelques considérations importantes, nécessaires à l'intelligence des faits.

Aucun auteur, si ce n'est Smellie et madame Lachapelle, je l'ai dit, ceux même qui ont publié le plus récemment, ne font aucune distinction entre les procédés à l'aide desquels on doit extraire une tête qui a pénétré dans l'excavation fléchie (sommet), et celle qui a pénétré dans l'étendue (face).

La différence est cependant capitale entre ces deux présentations, quand l'occiput dans la présentation du sommet, ou le menton dans celle de la face, sont en arrière.

Si l'on ramène ces parties de la tête en avant du bassin, à l'aide du forceps, on s'expose à compromettre la vie de l'enfant ; car la rotation imprimée à la tête n'est pas toujours suivie par le tronc ; alors le cou de l'enfant est plus ou moins tordu, et cette torsion, si elle dépasse un quart de cercle, peut être fatale au produit.

En dégageant en arrière la partie qui regarde la moitié postérieure du bassin, on évitera ce danger.

Cette pratique est certainement très-sage dans la présentation du sommet; ce serait, en effet, dans ce cas, une grande faute de déterminer cette rotation quand l'occiput est resté en arrière puisque l'expérience de chaque jour démontre que cette position occipito-postérieure qui se dégage le plus ordinairement spontanément peut

aussi être dégagée, l'occiput en arrière, favorablement pour la mère et l'enfant.

Mais en peut-il être de même de la face qui reste en position mento-postérieure, et dans la crainte de tordre plus ou moins le cou de l'enfant, le forceps doit-il être appliqué dans le but de dégager le menton en arrière?

N'y a-t-il pas plus d'inconvénient pour la mère, pour l'enfant même, à dégager la face en position mento-postérieure, qu'il n'y en aurait à s'exposer à tordre le cou de l'enfant?

Comme nous l'avons vu, Smellie et madame Lachapelle n'ont pas hésité à se prononcer pour l'affirmative.

En effet, quand le peu d'observations que possède la pratique ne viendrait pas nous éclairer sur les difficultés de ce dégagement, et sur les accidents très-graves qu'il peut déterminer pour la mère et pour l'enfant quand ce dégagement s'effectue spontanément, surtout quand il est effectué avec le forceps, il suffirait, pour s'en convaincre, de comparer l'expulsion spontanée, le menton étant en avant, avec les très-rares expulsions spontanées qui se sont effectuées le menton étant en arrière, de comparer aussi entre eux les diamètres qui mesurent ces expulsions, pour avoir une idée des désordres que peut déterminer un dégagement forcé de la face en position mento-postérieure.

Quand le menton est en arrière, la face tend à présenter au détroit inférieur un diamètre mento- occipital MO qui a 13 centimètres et qui, par conséquent, ne peut franchir ce détroit, qui n'a que 11 centimètres (fig. 232).

Il faut donc, pour que cette face se dégage spontanément, ou pour que le forceps puisse l'extraire, que le diamètre sus-occipito-mentonnier soit remplacé par un autre diamètre plus favorable. Pour cela, il faut que le menton se dégage le premier hors des parties osseuses (fig. 230), ce que la nature ne suffit presque jamais à effectuer en arrière, à moins que la tête soit petite et le bassin très-large, et l'art n'effectue alors ce dégagement qu'au grand détriment des organes maternels, et en déterminant presque à coup sûr la mort du produit.

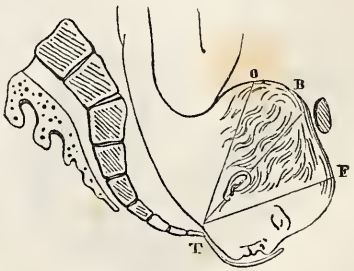


Fig. 230.

En effet, pour éviter l'occipito-mentonnier, et pour dégager suc-

cessivement le trachélo-frontal, le trachélo-bregmatique, le trachélo-occipital qui n'a que 11 centimètres, le dégagement préalable du menton doit être obtenu ; mais il ne peut l'être qu'en en-

Fig. 231.

gageant une partie de la poitrine en même temps que la face, qu'en allongeant le cou de l'enfant au moyen d'efforts considérables exercés sur la tête et dirigés de bas en haut et d'arrière en avant (fig. 231).

Qui ne comprendra pas tout d'abord combien ce dégagement forcé des parties fœtales doit être pénible, compromettant pour les parties maternelles ; combien doivent être longues ces tractions, et quel résultat fâcheux cet allongement du cou, cette compression des parties fœtales doivent avoir sur la vie du produit? Les désordres qui peuvent résulter d'un semblable dégagement sont incalculables : pour l'enfant, compression des parties, relâchement des ligaments intervertébraux, lésion de la moelle; pour la mère, fistules vésico et recto-vaginales, ruptures du périnée et du rectum.

Dans une publication toute récente, on nous objecte que ce dégagement de la face ne s'effectue pas ainsi, qu'on ne peut l'exécuter qu'en fléchissant la tête dans l'excavation, mais comment cette flexion de la tête peut-elle s'opérer dans l'excavation ?

Fig. 232.

Le diamètre occipito-mentonnier ayant 13 centimètres, ne peut se mouvoir circulairement dans l'excavation, qui n'a que 11 cent.

L'auteur prouve qu'il ignore cette loi générale sans l'accomplissement de laquelle il ne peut y avoir de dégagement de la tête hors de l'excavation : loi qui veut que l'occiput dans le sommet, et le menton

dans la face sorte le premier des parties osseuses. En effet, sans le dégagement préalable de ces parties, il ne peut y avoir ni expulsion spontanée, ni dégagement artificiel.

Je sais bien qu'une substitution de présentation que l'auteur veut absolument toujours appeler substition de *position*, peut s'opérer spontanément dans quelques cas rares ; la possibilité de ce fait a été mise hors de doute par les observations de M. Velpeau. Mais ce fait exceptionnel, qui, du reste, ne peut s'accomplir, comme je l'ai dit, que lorsque le bassin est très-large et la tête très-petite, c'est-à-dire quand les diamètres du bassin ont plus de 11 centimètres et le diamètre occipito-mentonnier moins de 13 centimètres, ne prouve pas que l'art doive chercher à fléchir la tête dans l'intérieur desparties osseuses dans tous les cas.

En effet, cette substitution de présentation serait impossible à exécuter dans le cas où la nature n'a pu l'opérer, parce que le bassin et la tête ont leurs dimensions normales, et que l'occipito-mentonnier ne peut se mouvoir dans l'excavation.

Qu'arriverait-il, au contraire, si, au lieu de chercher à dégager le menton en arrière, on ramenait le menton en avant ? En faisant exécuter à la face un mouvement de rotation qui ne sera pas tout à fait d'un demi-cercle, on dégagerait le menton le premier, et l'on mettrait le diamètre trachélo-occipital en rapport avec le détroit infé-

Fig. 233.

Fig. 234.

rieur (fig. 233), diamètre qui a la même étendue que le sous-occipito-frontal qui mesure le dégagement occipito-antérieur dans

la présentation du sommet (fig. 234) ; par ce moyen, on épargnera à la mère tous les dangers d'un dégagement mento-postérieur direct, l'extraction sera pour elle aussi facile que dans une position occipito-antérieure.

Mais, pour l'enfant, il n'en sera pas de même, il est vrai : cette rotation du menton en avant déterminera souvent la torsion du cou ; si elle dépasse un quart de cercle, elle peut compromettre la vie de l'enfant, mais cependant bien moins sûrement que ne le ferait le dégagement mento-postérieur direct. Ce qui fait que pour l'enfant même il faudrait encore ramener le menton en avant.

D'ailleurs ne peut-on pas espérer que le tronc suivra en partie la rotation imprimée à la tête? alors la torsion du cou ne serait pas assez prononcée pour tuer l'enfant. Et quand même une torsion considérable aurait lieu, elle ne le ferait pas toujours périr : madame Lachapelle cite plusieurs cas où les enfants sont venus très-bien portants, malgré cet accident. Les faits cités d'après P. Dubois, celui qui m'est personnel, en sont de nouvelles preuves.

Je crois qu'on a beaucoup exagéré l'influence fâcheuse de cette rotation. Mais, dût-elle se produire, je le répète, on ne doit pas hésiter pour la mère à ramener le menton en avant, et pour l'enfant lui-même c'est encore le meilleur parti à prendre.

Supposons donc que le menton soit en arrière, et à droite, position la plus fréquente.

Premièrement il est rare que le menton soit exactement en rapport avec la symphyse sacro-iliaque, le cou ayant, dans ce cas, en effet, beaucoup de peine à mesurer la paroi postérieure de l'excavation ; le menton sera sollicité à se rapprocher de la partie antérieure, et on le trouvera souvent assez voisin de l'extrémité du diamètre transverse. Mais comment ramener le menton en avant? J'ai posé comme principe, dans les règles générales de l'application du forceps, qu'on devait toujours mettre la concavité des bords de l'instrument en rapport avec la partie qu'on veut ramener en avant : cette partie est le menton; le menton est en arrière, je devrais donc tourner cette concavité des bords du forceps en arrière, ce qui n'est pas possible (voyez *Sommet*). Que faire alors? Ou se servir à l'exemple de Smellie, d'un forceps droit, ou bien supposer une mento-transversale au lieu d'une mento-postérieure, et appliquer comme en position transversale: si le menton est à droite, introduire la première branche à pivot et la conduire le plus possible sous la symphyse des pubis, et l'autre dans la concavité du sacrum ; faire le contraire si le menton est à gauche. Je suppose la position la plus ordinaire *mento-iliaque droite postérieure*. La tête une fois

saisie, le menton ne se trouvera pas tout à fait en rapport avec la concavité des bords du forceps, il sera un peu plus en arrière (fig. 235), et alors quand le mouvement de rotation sera complet

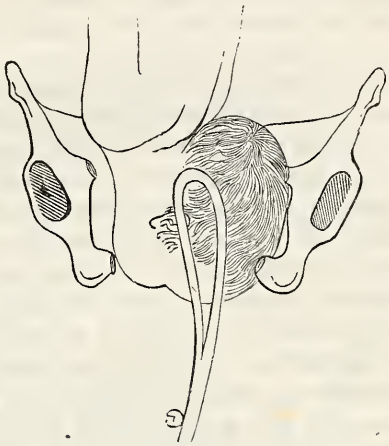


Fig. 235.

pour le forceps, c'est-à-dire quand la courbure sera tout à fait sous la symphyse des pubis, le menton ne sera que derrière la cavité

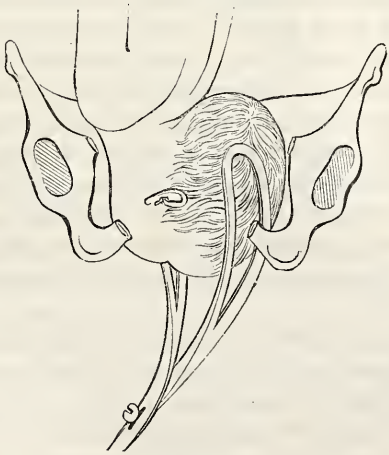


Fig. 236.

cotyloïde, et pour la ramener sous les pubis, il faudra exagérer la rotation du forceps, à tel point que la concavité des bords, au moment du dégagement, devra regarder la cavité cotyloïde opposée.

Bien entendu qu'ici, comme dans toutes les applications de forceps irrégulières, il faudra, si les parties sont trop résistantes, désarticuler pour réappliquer plus régulièrement, ou livrer l'expulsion aux efforts naturels s'il y a des contradictions. Enfin, il faudra se conformer aux règles tracées plus haut (voyez *Présentation du sommet*).

Mais il est rare, comme je l'ai dit pour le sommet, qu'on puisse appliquer une branche tout à fait sous la symphyse des pubis, même dans l'excavation, et l'on ne pourra placer le forceps que diagonalement (fig. 236), et malheureusement sur la face en plein et sur l'occiput; alors après le mouvement de rotation qu'on exagérerait autant que possible pour ramener le menton très-près de la symphyse des pubis, il faudrait désarticuler le forceps pour le réappliquer de nouveau en situation diagonale, et achever alors la rotation du menton et son dégagement. Il en serait de même si le forceps n'avait pu être placé que sur les côtés du bassin. Enfin, deux applications successives deviennent aussi indispensables si l'on veut ramener en avant le menton qui se trouve tout à fait en arrière. La première sera faite aussi diagonalement que possible pour ramener le menton transversal; la seconde, faite dans la même direction, le conduit sous les pubis, et, en exagérant toujours un peu le mouvement de rotation, on dégage. Ces procédés sont bien préférables à ceux à l'aide desquels on dégage la face en position mento-postérieure directe, car ils ne peuvent compromettre que la vie de l'enfant par la torsion du cou. Encore est-il permis d'espérer, dans ce cas, que le tronc pourra suivre sinon, en totalité, du moins en partie, le mouvement de rotation imprimé à la tête, et que si la torsion du cou a lieu, elle n'excédera pas, cependant, de beaucoup un quart de cercle. Encore madame Lachapelle cite-t-elle, dans un cas, des enfants, venus vivants, qui avaient le menton exactement sur le dos, et cette extraction en position mento-antérieure procure à la mère un dégagement presque aussi facile que celui du sommet occipito-antérieur [1].

Maintenant, pour exposer le procédé à suivre dans la position mento-iliaque gauche postérieure, je vais détailler simplement ce que j'ai fait en semblable occasion.

La branche à pivot (mâle ou gauche) fut appliquée la première en

[1] M. P. Dubois, dans un cas où la position était tout à fait inconnue, ramena, en 1845, l'occiput en avant dans une présentation du sommet, quoique cet occiput répondît, au moment de l'application, à la symphyse sacro-iliaque droite sans que la vie de l'enfant ait été pour cela compromise.

arrière et à gauche, vers la symphyse sacro-iliaque ; de ce côté, elle embrassa la face par le nez, la joue et la bosse frontale droite.

L'impression de la cuiller resta marquée pendant quelques jours sur les parties de l'enfant; il en résulta même une paralysie momentanée du nerf facial.

La branche à mortaise fut placée en avant et un peu à droite, près de la cavité cotyloïde droite, et s'appliqua sur le côté du cou et sur la bosse occipitale gauche.

Une fois le forceps articulé, la concavité des branches regardait à gauche et un peu en avant, et le menton était bien plus en arrière (fig. 337); aussi le mouvement de rotation que j'imprimai à l'in-

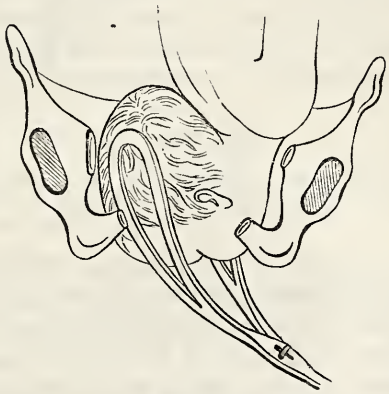


Fig. 237.

strument, lorsqu'il fut complet pour le forceps, ne ramena-t-il le menton que derrière la cavité cotyloïde gauche (fig. 238), et je fus obligé, pour le ramener tout à fait sous le pubis, afin de le dégager, d'exagérer le mouvement de rotation de gauche à droite.

Au moment de la dernière extraction, je redoublai de lenteur, et, assisté par M. Vanier, qui soutint avec soin le périnée, j'ai extrait la face le menton répondant au-dessous des pubis, et le forceps diagonal, sa concavité regardant à droite (fig. 239), sans que l'intégrité des parties maternelles ait eu à souffrir, et l'enfant étant plein de vie.

Si les parties maternelles étaient par trop résistantes, dans la crainte de les compromettre, il faudrait, après avoir ramené le menton par une première application, retirer l'instrument pour ressaisir la tête plus favorablement.

Enfin, si le menton, au lieu d'être en arrière, à gauche ou à droite du bassin, répondait en arrière directement, il faudrait d'abord tenter une application directe pour le cas où la tête petite et le bassin

large permettraient un dégagement direct, et après quelques tractions faites avec mesure, si la tête ne cédait pas, ramener encore le

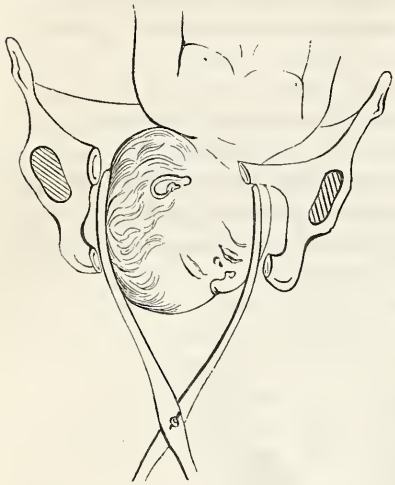


Fig. 238 [1]

Fig. 239.

menton en avant, à l'aide d'une application semblable à la précédente; mais alors deux applications successives seraient nécessaires.

De plus, quoique le menton répondît directement en arrière, il ne serait pas indifférent de le ramener d'un côté ou d'un autre; on devrait faire exécuter cette rotation du menton du côté vers lequel le menton était dirigé avant son engagement, parce qu'on est fondé à penser que le dos est encore dirigé en partie de ce côté, et qu'alors il aura plus de tendance à suivre la rotation imprimée à la tête dans ce sens que dans l'autre.

L'application du forceps dans ces circonstances ne doit pas présenter de difficultés sérieuses, pourvu que le bassin soit bien conformé. Je l'ai trouvée même très-facile; c'est du moins ce que j'ai pu remarquer dans les cas soumis à mon observation. Telle est aussi l'opinion de M. Champion, auquel une pratique nombreuse, qui comprend quatre ou cinq départements, et certainement aussi le hasard, ont permis d'expérimenter à ce sujet plus souvent qu'on n'en trouve ordinairement l'occasion.

En résumé, je me crois en droit de conclure de nouveau de tout

[1] Le forceps, dans la figure 238, est représenté perpendiculaire; cependant, en réalité, il est horizontal. Cette imperfection disparaîtrait en figurant l'instrument en raccourci; mais cette disposition n'a pas été adoptée, parce qu'elle nuirait à l'intelligence du fait.

ceci, que les présentations de la face en positions mento-postérieures, les plus fréquentes à droite, se terminent le plus ordinairement spontanément; qu'on doit donc rejeter le procédé de Baudelocque, dans ces cas, comme inutile, inexcusable, et dangereux le plus ordinairement; qu'il faut accepter la position telle qu'elle est, se confier à la nature, et, si elle vous fait défaut, si quelque complication oblige à intervenir, pratiquer la version pelvienne, quand elle est possible, sans s'abstenir toutefois de tentatives de réductions, tant qu'elles sont compatibles avec le salut de la mère et celui de l'enfant. Puis ces tentatives étant infructueuses, la version pelvienne, destinée à les suppléer, étant aussi impossible, il faut appliquer le forceps, toujours dans le but de ramener le menton en avant, à moins que le bassin ne soit très-large, les organes extérieurs très-extensibles, le fœtus mort, et par suite ramolli, toutes circonstances qui peuvent autoriser les tractions directes [1].

ARTICLE II.

RÈGLES PARTICULIÈRES DE L'APPLICATION DU FORCEPS QUAND LA FACE EST AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Quand la face est retenue au détroit supérieur, c'est le cas d'insister sur la version pelvienne. Ce ne serait que dans le cas où cette opération serait impraticable, qu'on devrait se résoudre à appliquer le forceps, encore devra-t-on mettre tous ses soins à appliquer les branches régulièrement par rapport à la tête, c'est-à-dire à la prendre par ses deux côtés, dans la crainte que la vie de l'enfant ne soit compromise par une des branches appliquées sur la face. Mais malheureusement ces préceptes, qui sont les mêmes que lorsque la face est dans l'excavation, tout bons qu'ils soient, ne peuvent pas être mis à exécution au détroit supérieur; et presque toujours, quelles qu'en puissent être les conséquences, l'application sera, comme dans la présentation du sommet, très-irrégulière : une branche sera placée à gauche du bassin, et l'autre à droite, sans avoir égard à la

[1] Dans un ouvrage tout récent, on attribue l'initiative de ces préceptes à M. Mascaret, qui les reproduirait d'après M. P. Dubois. On a agi ainsi sans doute pour éviter de se trouver dans l'obligation de me l'accorder. Mais personne ne prendra le change; car chacun peut s'assurer que, dans ma première édition, j'ai formulé longuement et nettement, et représenté par des figures les procédés à l'aide desquels on peut exécuter le précepte de Smellie et de madame Lachapelle, alors qu'aucune publication n'avait été faite sur ce sujet. Cette thèse (page 84), ainsi que la leçon de M. P. Dubois, qu'elle reproduit, sont de deux années postérieures à ma première édition.

position. On tirera directement, suivant l'axe du détroit supérieur, et l'engagement une fois déterminé, pour opérer le dégagement, on se conduira comme dans le cas où la face est dans l'excavation.

ARTICLE III.

RÈGLES PARTICULIÈRES DE L'APPLICATION DU FORCEPS QUAND LA FACE EST MOBILE AU-DESSUS DU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Dans ce cas, la version étant possible, il faudra la préférer au forceps; mais si un vice de conformation s'opposait à l'emploi de ce moyen, on devrait tâcher, avant d'appliquer le forceps, de ramener, à l'aide de la main, le sommet au lieu de la face, ou tout au moins de ramener le menton en avant, s'il répondait à droite et en arrière, comme cela a lieu le plus souvent. Dans l'un ou l'autre cas, l'application sera bien plus favorable pour le produit ; mais malheureusement on sait par ce que j'en ai dit quelles sont les difficultés attachées à l'exécution de ces procédés, même dans les cas qui semblent le plus, en apparence, en favoriser l'exécution. Aussi sera-t-on souvent obligé de se résigner à saisir la face avec le forceps, comme elle se présente, et quelles que doivent être les conséquences de cette application. Ce serait peut-être le cas de préférer la version, comme le conseille M. Simpson.

Résumé.

Les anomalies, dans la marche du travail, requièrent bien plus souvent que dans la présentation du sommet l'intervention de l'art, et les procédés à employer dans ce cas sont moins inoffensifs, surtout pour le produit, que dans la présentation du sommet.

Aussi, tant que cela sera possible, il faudra insister pour tenter la version, et si l'application du forceps est la seule ressource, on ne devra pas hésiter à ramener le menton en avant, quel que soit le point du bassin avec lequel il soit en rapport.

CHAPITRE VI.

DE LA VERSION DANS LES PRÉSENTATIONS DE LA FACE.

Les procédés d'extraction par l'extrémité pelvienne sont exactement les mêmes, que ce soit le sommet ou la face qui occupe le détroit supérieur. (Voy. *Sommet*, page 492, *Version*.)

TITRE IV

Présentation de l'extrémité pelvienne.

M. P. Dubois, comme on a pu le voir dans le résumé synoptique de la classification des présentations et des positions, a réuni sous une même dénomination de présentation de l'extrémité pelvienne les quatre présentations du siége des anciens auteurs, à savoir : celle de l'extrémité pelvienne complète, celle des fesses, celle des genoux et celle des pieds.

En effet, que cette extrémité pelvienne soit composée de tous ses éléments, ou qu'elle soit décomposée, c'est-à-dire que les fesses, les genoux ou les pieds se présentent seuls, qu'un seul pied ou un seul genou se présente, l'autre membre étant relevé sur l'abdomen, l'accouchement spontané ne s'en effectue pas moins d'après le même mode. Aussi je réunirai ces modes de présentation divers dans une même description, me réservant toutefois, sous le point de vue du diagnostic et du pronostic surtout, d'établir la différence qui existe entre eux.

Comme la présentation du sommet, comme celle de la face, l'extrémité pelvienne ne se présente pas toujours directement au détroit supérieur, elle peut être inclinée en quatre sens différents : ainsi, dès le début du travail, on peut sentir à l'orifice une hanche (variété iliaque), une partie de sacrum (variété sacrée), la partie antérieure de l'extrémité pelvienne (variété antérieure).

Ces variétés disparaissent au moment où l'extrémité pelvienne se redresse en s'engageant, et ne changent rien ou presque rien au mécanisme de l'accouchement spontané; aussi ne méritent-elles d'être mentionnées que sous le point de vue du diagnostic.

De plus, on comprend qu'à cause de la mobilité des pieds et des genoux, il est impossible de diagnostiquer ces variétés de présentation quand les pieds et les genoux se présentent, et qu'elles ne peuvent être appréciées que dans la présentation de l'extrémité pelvienne complète ou dans celle des fesses.

Deux positions principales ont été aussi admises par M. P. Dubois : la première, sacro-iliaque gauche, la deuxième sacro-iliaque droite (le sacrum regardant à gauche ou à droite). Chacune de ces positions peut être antérieure, transversale ou postérieure; ces nuances doivent aussi être admises comme pour les présentations de la tête.

Enfin, dans la position sacro-iliaque gauche, c'est presque tou-

jours en avant que le sacrum est dirigé ; dans la position sacro-iliaque droite, c'est la symphyse sacro-iliaque qu'il regarde.

Fig. 240.

Les positions du diamètre oblique gauche sont les plus fréquentes, on retrouve encore là une analogie parfaite avec la présentation du sommet et celle de la face.

Cette présentation, beaucoup moins fréquente que celle du sommet, n'a été observée, d'après les relevés faits sur les registres de la Maternité par M. P. Dubois, que quatre-vingt-cinq fois sur vingt mille accouchements, mais elle est bien plus commune que celle de la face. Quant aux nuances à observer pour la fréquence relative des différents modes de présentation, elles sont, sur les quatre-vingt-cinq présentations de l'extrémité pelvienne, de cinquante-quatre pour les fesses, vingt-six pour les pieds, une pour les genoux.

§ 1. — Causes.

La cause la plus probable de cette présentation serait celle-ci, suivant madame Lachapelle : pendant une grande partie de la gestation, alors que le fœtus est encore mobile dans la cavité utérine, et que son grand diamètre peut se mettre facilement en rapport avec le diamètre transverse de l'organe, la position du produit n'étant pas fixe, il peut, en vertu de ses mouvements actifs, présenter à l'orifice presque tous les points de sa surface, mais surtout la

tête et l'extrémité pelvienne. Je suppose qu'à une époque indéterminée, cette dernière partie soit venue occuper le détroit supérieur par suite d'un mouvement du produit, et qu'elle y soit restée un temps plus ou moins long, il pourra arriver que le fœtus, qui pendant ce temps a acquis un certain développement, ne puisse se retourner; en un mot, ne puisse faire passer de nouveau son diamètre le plus étendu par le diamètre transverse de l'utérus, et qu'alors le pelvis reste définitivement fixé au détroit supérieur.

Cette explication, quoique la plus rationnelle, n'est cependant pas à l'abri de toute objection.

§ 2. — Diagnostic.

Diagnostic de la présentation.

A une époque avancée de la grossesse, il est possible de diagnostiquer une présentation de l'extrémité pelvienne par le palper abdominal, l'auscultation et le toucher. On sent au sommet de l'utérus une tumeur arrondie, dure, qui est la tête; le summum d'intensité des battements du cœur (fig. 241) s'entend au-dessus de l'ombilic, et le doigt ne rencontre pas au détroit supérieur cette surface sphérique qui est constitué par le sommet; le plus souvent, il ne sent aucune partie; quelquefois il peut atteindre une petite partie mobile, un pied ou un genou.

Pendant le travail, avant la rupture des membranes, on sent une tumeur molle, anfractueuse, composée de plusieurs parties, dont les unes sont mobiles, les autres fixes. Petit à petit la poche s'allonge, mais elle ne prend jamais la forme d'un boudin; elle affecte celle-ci:

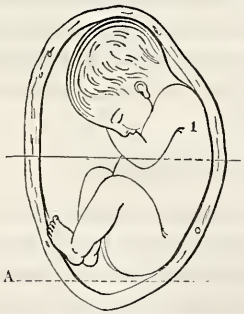


Fig. 241.

Fig. 242.

Enfin, elle se rompt, et une assez grande quantité de liquide amniotique s'écoule, parce que le détroit supérieur n'est que très-imparfaitement bouché par les parties qui se présentent.

C'est alors seulement que le diagnostic peut être établi avec précision.

Présentation complète. — Lorsque l'extrémité pelvienne est composée de tous ses éléments, quand la dilatation de l'orifice est peu avancée, on sent d'abord une fesse ; puis à mesure que l'orifice s'agrandit, les talons et l'autre fesse s'engagent, et l'on sent très-bien le sillon qui sépare ces deux parties. Le doigt peut atteindre aussi la surface inégale du sacrum, et l'anus, petit orifice circulaire qui se contracte sur le doigt de l'accoucheur, au voisinage duquel on sent une petite saillie élastique pointue, le coccyx, organe qui peut être senti chez les fœtus les plus gras, et qui est le caractère essentiel de la présentation. En suivant le sillon médian qui sépare les fesses, on rencontre aussi les organes génitaux, et l'on pourrait annoncer à l'avance de quel sexe est le produit. Il faut, dans ce cas, user du toucher avec une grande réserve, si l'enfant était du sexe féminin ; car si, prenant la vulve pour l'anus, on y introduisait le doigt profondément, on pourrait détruire l'hymen. Enfin, le doigt de l'accoucheur est le plus ordinairement retiré teint de méconium.

Présentation des fesses. — Les caractères de la présentation des fesses sont les mêmes, excepté que les pieds ne peuvent être sentis.

Présentation des pieds. — Quand les deux pieds se présentent, il est bien difficile de les confondre avec aucune autre partie. Si un seul s'était engagé, on le distinguerait d'une main par la présence du calcanéum, par la différence de longueur qui existe entre les orteils et les doigts de la main. Dans le pied, le pouce est de la même longueur que les autres orteils; dans la main, il est plus court, plus séparé des autres doigts. Le pied forme un angle plus ou moins aigu avec la jambe ; la main continue le bras directement.

Présentation des genoux. — Cette présentation, très-rare, est facile à reconnaître : le doigt rencontre deux tumeurs rondes, et cependant un peu acuminées ; il peut dépasser ces tumeurs et s'engager dans le pli des jarrets.

Diagnostic différentiel de la présentation.

De prime abord, une fesse qui se présente seule peut être prise pour la bosse pariétale du sommet, dans ce cas le sillon qui sépare les deux fesses serait pris aussi pour la suture sagittale. Si cette méprise peut être pardonnée dès le début du travail, il n'en est pas de même à une époque plus avancée. Quand les joues, dans la présentation de la face, par un séjour prolongé au détroit supérieur, sont devenues le siége d'un afflux séro-sanguin, elles peuvent très-bien aussi, au premier aspect, en imposer pour la présentation des

fesses. Mais, si l'on a soin d'engager le doigt dans le sillon qui sépare ces deux tumeurs, au lieu d'y sentir l'anus, qui se resserre sur le doigt de l'accoucheur, au lieu de rencontrer le coccyx et les organes génitaux, le doigt pénètre seulement dans une cavité largement ouverte, garnie d'une langue et d'alvéoles; il sent les orbites et surtout le nez, petit organe acuminé, flexible, percé de deux ouvertures très-faciles à reconnaître, et qui caractérise la présentation de la face.

Enfin, dans la présentation pelvienne, à une certaine époque du travail, le méconium s'écoule et le doigt de l'accoucheur est retiré enduit de cette excrétion.

Diagnostic de la position.

Dans la *présentation complète*, la direction de la pointe du coccyx, celle des talons, des organes génitaux et des rugosités du sacrum, permettent d'établir avec quel point du contour du détroit supérieur le sacrum est en rapport. Exemple : les talons et les rugosités du sacrum dirigés à gauche et en avant, la pointe du coccyx et les organes génitaux dirigés à droite et en arrière, indiquent une position sacro-iliaque gauche antérieure.

Il est facile, d'après cela, de compléter le diagnostic des positions des autres présentations. Cependant, pour les positions de la présentation des genoux, je dois dire qu'il n'est pas possible de les diagnostiquer, quand on ne peut atteindre le sacrum, car la partie antérieure de ces organes ne peut être différenciée de la partie postérieure.

Au reste, le principal, c'est de bien établir le diagnostic de la présentation pour savoir s'il faut ou non livrer l'accouchement aux efforts spontanés; celui de la position n'a d'utilité que dans les cas où l'on est obligé d'intervenir, et encore pas toujours.

ARTICLE Ier.

MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

Je décrirai le mécanisme de l'accouchement spontané dans la présentation des fesses, qui est la plus fréquente, et dans les deux positions sacro-iliaque gauche antérieure et sacro-iliaque droite postérieure qui sont aussi les plus fréquentes. Je m'abstiendrai d'en donner la description dans les autres positions où il est absolument le même : le lecteur comblera facilement cette lacune.

Mécanisme de l'accouchement spontané dans la présentation franche des fesses et dans la position sacro-iliaque gauche antérieure.

Le fœtus se présente les jambes relevées sur la partie antérieure du tronc, les fesses seules occupent le détroit supérieur.

Le dos est dirigé en avant et à gauche, le plan antérieur du produit regarde le côté droit postérieur du bassin; le diamètre sacro-pubien du fœtus est en rapport avec le diamètre oblique gauche; le diamètre bis-iliaque du fœtus est en rapport avec l'autre diamètre oblique droit. Avant la dilatation complète, la fesse qui est en avant se présente la première au doigt de l'accoucheur, soit que cela dépende de la position de cette partie, soit que cela tienne à l'inclinaison de l'extrémité pelvienne elle-même, ou à celle du plan du détroit supérieur. Mais, dès que l'orifice est complétement dilaté, les fesses se compriment, se réduisent de volume. Ce premier temps, auquel M. P. Dubois a donné le nom d'*amoindrissement des parties*, correspond au premier temps de flexion pour le sommet, de déflexion pour la face ; enfin, elles s'engagent simultanément. Si les contractions sont énergiques, à cause du petit volume que les fesses présentent, elles descendent rapidement dans l'excavation (engagement, deuxième temps). Dans le cas contraire, elles ne s'engagent que peu à peu sans perdre la situation qu'elles affectaient au détroit supérieur. Arrivées sur le plancher du bassin, et seulement quand le périnée commence à bomber, elles exécutent un mouvement de rotation (troisième temps) qui porte la hanche gauche derrière la branche ischio-pubienne droite, et la hanche droite au-devant du ligament sacro-sciatique gauche. Cette hanche gauche s'engage ainsi petit à petit dans le détroit inférieur et se montre à la vulve la première et reste immobile au-dessous de la branche ischio-pubienne droite, pendant que la hanche droite parcourt la concavité du périnée, et vient se dégager la première à la commissure antérieure du périnée.

Enfin, la fesse gauche se dégage à son tour (dégagement, quatrième temps), et tout le siége exécute un mouvement de rotation qui place le diamètre bis-iliaque du fœtus exactement en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de la vulve (fig. 243).

A mesure que les hanches se dégagent au détroit inférieur, les bras, appliqués sur les côtés, le devant de la poitrine et les épaules, pénètrent dans l'excavation, dans la situation diagonale qu'elles affectaient, ainsi que l'extrémité pelvienne, au détroit supérieur. Le tronc du produit est donc légèrement tordu sur son axe. Elles arrivent ainsi au détroit inférieur et le franchissent, comme les hanches,

l'épaule gauche sous la branche ischio-pubienne droite, l'épaule droite sur le ligament sacro-sciatique gauche; puis, enfin, elles se placent dans une situation antéro-postérieure au moment où elles franchissent les parties molles (fig. 243).

Fig. 243.

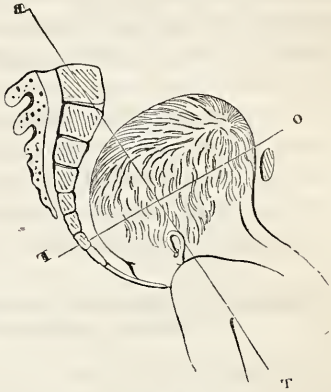


Fig. 244.

C'est encore ici l'épaule qui est en arrière qui paraît la dernière et se dégage ordinairement la première.

Enfin, la tête franchit le détroit supérieur en position diagonale gauche, l'occiput derrière la cavité cotyloïde gauche, et arrive ainsi jusqu'au détroit inférieur. Quand elle est tout à fait fléchie, elle présente à ce détroit son diamètre sous-occipito-bregmatique, et le diamètre occipito-mentonnier est parallèle à l'axe du détroit inférieur.

Si elle n'est que modérément fléchie, ce qui est le cas le plus ordinaire, c'est le diamètre sous-occipito-frontal qui se présente, et le diamètre trachélo-bregmatique, qui est parallèle à l'axe du détroit inférieur. La tête alors se fléchit et franchit souvent le détroit inférieur diagonal; souvent aussi elle exécute un mouvement de rotation qui place le front dans la concavité du sacrum, et l'occiput exactement derrière les pubis; les épaules se placent transversalement à la vulve (rotation intérieure de la tête, extérieure des épaules, cinquième temps), le front, le bregma se dégagent successivement à la commissure du périnée; et le diamètre sous-occipito-frontal, qui mesure le dégagement de la tête (fig. 244), est en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. On retrouve là les diamètres qui mesurent le dégagement de la tête, quand celle-ci s'est présentée la première. Que le tronc soit encore contenu dans les organes, ou qu'il se soit dégagé le premier, c'est toujours la partie sous-occipitale qui vient se placer sous la symphyse des pubis, et

c'est toujours de ce point que partent tous les diamètres qui mesurent le dégagement.

Seulement ces diamètres se présentent dans un sens inverse.

Ainsi, quand la tête se dégage la première, c'est d'abord le sous-occipito-bregmatique qui se présente, puis le sous-occipito-frontal; enfin le sous-occipito-mentonnier, quand la tête se dégage la seconde; on voit d'abord apparaître le sous-occipito-mentonnier, puis le sous-occipito-frontal, enfin le sous-occipito-bregmatique.

Ce dégagement de la tête a souvent besoin d'être aidé par l'accoucheur, au moyen d'un mouvement d'élévation du tronc et de légères tractions directes. En effet, la tête a franchi l'utérus ; elle est soustraite à l'influence des contractions de cet organe, et celles du vagin ne peuvent pas toujours l'expulser.

Mécanisme de l'accouchement spontané dans la présentation franche des fesses et dans la position sacro-iliaque droite postérieure.

Le dos de l'enfant est en arrière et à droite, sa partie antérieure en avant et à gauche. Le mécanisme de l'accouchement spontané est exactement le même que dans le cas précédent ; seulement le mouvement de rotation, qui doit ramener le dos en avant, est beaucoup plus complet; et ici nous retrouverons une analogie parfaite avec ce qui se passe dans la présentation du sommet et dans celle de la face, où l'on a vu que l'occiput et le menton, quand ils répondent en arrière, reviennent encore se dégager en avant.

Cette rotation du dos en avant est le plus ordinairement suivie par la tête, de telle sorte que l'occiput, qui a été ramené en même temps que le dos à la partie antérieure du bassin, se dégage aussi sous les pubis. Quelquefois cependant le dos tourne d'abord seul, et la tête pénètre dans l'excavation en position occipito-postérieure; puis, après la sortie du tronc, au moment où elle va se dégager, l'occiput va se rendre sous les pubis.

Telles sont les lois qui régissent le plus ordinairement l'expulsion spontanée dans la présentation du sommet; mais il y a quelques exceptions que je vais signaler à l'article *Anomalies*, page 827.

§ 3. — Accouchement spontané dans les variétés de la présentation de l'extrémité pelvienne.

Les variétés de présentations iliaques, sacrée et antérieure, ne changent rien ou presque rien au mécanisme de l'expulsion spontanée. Ainsi, aux premières contractions, l'extrémité pelvienne se redresse et s'engage. Il y a un temps de plus, celui de redressement.

ARTICLE II.

ANOMALIES DANS LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.

On retrouve, dans le mécanisme de l'expulsion spontanée par l'extrémité pelvienne, bien plutôt des analogies qu'une similitude parfaite avec l'accouchement spontané dans les deux présentations de la tête.

1. Ainsi, le *premier temps, d'amoindrissement des parties* qui n'est que l'analogue du temps de flexion et de déflexion du sommet et de la face, n'est même guère appréciable que dans le cas où l'extrémité pelvienne se présente complète, et où par conséquent elle a besoin d'être réduite de volume. Le premier temps est donc moins constant que dans les deux précédentes présentations.

2. Le *deuxième temps, d'engagement*, peut manquer, par le fait des mêmes circonstances.

3. Le *troisième temps, de rotation*, est exactement le même que dans le sommet et la face, et il est soumis aux mêmes irrégularités. Ainsi, le dos ne commence à exécuter son mouvement de rotation que lorsque l'extrémité pelvienne repose sur le plancher du bassin. Cependant, cette rotation du dos, comme celle de l'occiput et du menton, peut s'exécuter en partie avant l'engagement complet; de même, elle peut ne s'accomplir qu'au moment où les fesses, ayant franchi diagonalement le détroit inférieur, se dégagent hors des parties molles.

De plus, l'extrémité pelvienne, dans tous les cas, n'exécute pas son mouvement de rotation aussi régulièrement que le sommet et la face, parce que les diamètres de cette extrémité pelvienne sont à peu près les mêmes, surtout chez les fœtus gras ; et, comme on le sait, c'est la différence qui existe entre les diamètres d'une partie qui l'oblige à exécuter les différents mouvements de rotation qui ont pour but de mettre ses plus grands diamètres en rapport avec les plus grands du bassin, afin de traverser plus facilement le canal pelvien.

Dégagement de l'extrémité pelvienne, le dos et l'occiput étant en arrière.

Enfin, le mouvement de rotation peut manquer tout à fait ; le dos, situé primitivement en arrière, reste dans cette situation, au lieu d'aller se rendre sous les pubis.

Dans ce cas, le dégagement du tronc est aussi facile que si le dos était en avant, mais il n'en est pas tout à fait de même du dégagement de la tête, surtout si l'on se croit obligé d'intervenir. Les bras

peuvent s'étendre, la tête se défléchir, et le dégagement alors devient souvent difficile, et compromettant pour l'enfant; mais, heureusement, l'expulsion se termine le plus souvent spontanément. Les épaules, quand leur diamètre bis-acromial n'est pas très-étendu,

Fig. 245.

quand la vulve est dilatable, surtout si le périnée a été rompu par des accouchements précédents, peuvent franchir la vulve dans une situation transversale; le dos coule alors sur la pointe du coccyx et sur le périnée, et l'occiput va se loger dans la concavité du sacrum. La tête peut se dégager alors par deux procédés : dans le premier, elle se fléchit fortement et toute la tête se dégage de front par un mouvement de progression en avant, le front placé sous les pubis, et tout le diamètre occipito-frontal mesurant la sortie de la tête (fig. 246); dans le deuxième cas, la tête se présente défléchie au détroit inférieur, le menton fixé derrière les pubis, et alors, c'est l'occiput qui se dégage le premier à la commissure antérieure du périnée, puis ensuite se dégagent le bregma, le front et la face. Mais ce dégagement, qui est rare, ne peut avoir lieu qu'autant qu'il est aidé par l'accoucheur qui soutient le tronc de l'enfant, et qui le relève de A en I (fig. 245).

Le dégagement du tronc, le dos et l'occiput étant en arrière, présente en général si peu de difficulté, surtout quand rien n'oblige à intervenir, qu'un auteur s'autorisant d'une série de cas faciles de ce mode de dégagement, qu'il aurait rencontrés dans sa pratique, présenta à l'Académie un mémoire dans lequel il regardait ce dégagement occipito-postérieur comme le plus favorable, et il arrivait

à cette conclusion, que dans les cas où l'on pratique la version pelvienne, il faut s'attacher à ramener le dos en arrière, pour rendre le dégagement plus facile.

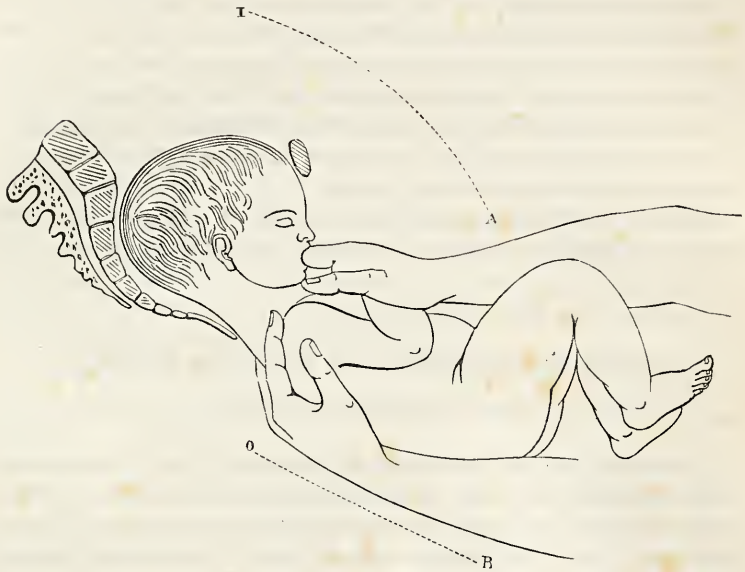


Fig. 246.

Évidemment cet auteur est tombé dans l'erreur : le dégagement du dos est aussi facile, mais celui de la tête l'est beaucoup moins ; cependant on peut tirer des faits qu'il rapporte cette induction pratique, que le dégagement occipito-postérieur n'est pas aussi difficile qu'on le pense généralement, et que lorsque dans la version cette rotation du dos en avant est trop difficile à exécuter, lorsqu'elle ne pourrait l'être sans danger pour l'enfant, il ne faut pas s'obstiner à la produire.

4. *Dégagement : quatrième temps.* — Ce temps ne peut manquer que par suite de circonstances particulières, inertie utérine, résistance du périnée, anomalie dans le mouvement de rotation des hanches, des épaules et de la tête, etc.

5. *Rotation extérieure des épaules, intérieure de la tête : cinquième temps.* — Ce temps est l'analogue du mouvement de rotation extérieur de la tête dans les présentations de la face et du sommet, mouvement auquel quelques auteurs donnent le nom de *mouvement de rotation.*

Il offre aussi quelques variétés dans la présentation de l'extrémité

pelvienne : ainsi, après le dégagement des fesses et des épaules en situation antéro-postérieure, si la tête, qui est encore retenue dans l'excavation, est d'un petit volume, elle n'est pas sollicitée à exécuter le mouvement de rotation qui doit ramener l'occiput en avant, et cette tête reste diagonale ; alors elle se dégage ainsi, et les épaules n'exécutent pas à l'extérieur ce mouvement qui porte le dos en avant directement. Le dos reste en rapport avec l'une ou l'autre cuisse.

Ce mouvement des épaules peut s'exécuter, mais en sens inverse, le dos se dirigeant en arrière, parce que l'occiput dans le bassin va se rendre dans la concavité du sacrum.

La nature triomphe le plus ordinairement de ces anomalies. Je dirai à l'article *Accidents* à l'aide de quels procédés on y remédie.

ARTICLE III.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT PAR L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE.

§ 1. — Relativement à la mère.

L'accouchement par l'extrémité pelvienne est moins favorable que l'accouchement par l'extrémité céphalique fléchie. Sous le point de vue du pronostic, la présentation pelvienne occupe à peu près le même rang que la présentation de la face. Le volume des parties qui constituent l'extrémité pelvienne, surtout quand elle est complète, retarde l'engagement de ces parties jusqu'à ce que, sous l'effort des contractions, elles se soient réduites de volume. La dilatation du col est aussi plus lente, surtout si la rupture des membranes s'est opérée prématurément. Mais M. P. Dubois n'a jamais dit, comme on le lui a prêté, que cet accouchement sera d'autant plus favorable à la *mère*, que le volume des parties sera plus considérable. C'est par rapport à l'enfant que M. P. Dubois a fait valoir cette circonstance. Cette seconde partie du pronostic mérite d'amples développements, surtout à cause des indications pratiques qui en ressortent.

§ 2. — Relativement à l'enfant.

C'est surtout pour l'enfant que l'accouchement par l'extrémité pelvienne est fâcheux. M. P. Dubois, mettant de côté tous les cas dans lesquels les enfants paraissent avoir succombé sous l'influence de causes étrangères à la présentation, a établi qu'il périssait un enfant sur douze, tandis qu'il n'en périt qu'un sur cinquante dans la présentation du sommet.

Quelle est la cause de cette différence? On avait longtemps pensé

que la mort du fœtus était déterminée, dans ce cas, seulement par le refoulement des liquides vers les parties supérieures. Ce refoulement des liquides ne peut avoir qu'une bien petite part dans la mort de l'enfant. En effet, le col ne se contracte pas continuellement sur le produit, il y a des alternatives de relâchement et de contractions, pendant lesquelles la circulation peut reprendre son cours. Du reste, les gros vaisseaux contenus dans les grandes cavités et l'épaisseur des membres sont soustraits en partie à cette compression.

Cependant, quoique ce soient les parties exposées au vide du bassin qui deviennent le plus souvent le siége de l'afflux des liquides, et quoique les parties contenues dans l'utérus ne puissent pas se congestionner à leur surface, il ne serait pas exact de nier que le centre des parties exposées à la compression utérine ne puisse devenir le siége d'un léger afflux séro-sanguin.

L'autopsie, chez les enfants morts, pendant cet accouchement, permet presque toujours de retrouver des traces de congestion cérébrale.

Néanmoins, quoiqu'on ne puisse nier tout à fait que ce refoulement n'ait une certaine part dans les accidents, il est bien constant qu'on doit regarder la *compression du cordon* comme la principale cause de la mort de l'enfant. Pour bien comprendre l'influence de

Fig. 247.

cette cause, comparons d'abord ce qui se passe dans la présentation du sommet, et voyons pourquoi le cordon ne peut être comprimé,

à moins qu'il ne s'engage au-dessous de la tête ou qu'il ne soit compris entre une des parties fœtales et l'utérus, dans un point éloigné de l'orifice; circonstances qui ne se présentent qu'exceptionnellement. Pendant toute la durée de l'accouchement dans la présentation du sommet, même après que la tête s'est dégagée hors des parties maternelles (fig. 247), c'est-à-dire lorsque l'accouchement est terminé, le cordon flotte au milieu du liquide amniotique. De plus, après la sortie de la tête, les parties qui s'engagent après elle dans le canal pelvien, allant en diminuant de volume, franchissent rapidement les détroits, et le cordon qui alors les accompagne, ne peut en aucune manière être comprimé.

Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, avant que l'ombilic ait franchi le détroit supérieur et l'orifice, les conditions sont bien les mêmes, pour le produit, que dans la présentation du sommet; le cordon est libre et flottant au-dessus du détroit supérieur (fig. 248),

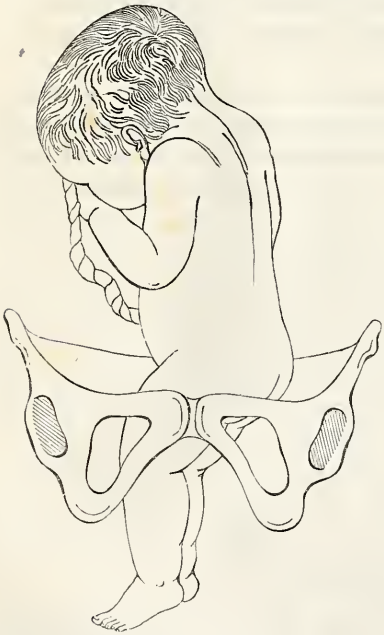


Fig. 248.

Fig. 249.

mais dès que la racine du cordon a dépassé le détroit supérieur (fig. 249), les parties fœtales, qui s'engagent de plus en plus volumineuses, compriment de plus en plus le cordon entre elles et le bassin, et la vie de l'enfant est souvent compromise, surtout si le travail est languissant.

Une circonstance même ajoute à la gravité de cet accouchement, c'est celle où l'extrémité pelvienne se présente décomplétée, comme dans ces deux figures.

En effet, si l'enfant se présente par les pieds ou les genoux, ces parties offrent peu de volume, et peuvent franchir l'orifice utérin, alors qu'il n'est encore qu'incomplétement dilaté. En un mot, le fœtus représente un cône dont le sommet s'engage avant la base. Des parties de plus en plus volumineuses se présentent successivement à l'orifice et sont obligées, avant de s'engager, de séjourner un temps plus ou moins long au détroit supérieur, jusqu'à ce que le col se soit assez dilaté pour les laisser passer. Ainsi, après les membres inférieurs viennent les hanches, puis les épaules, puis la tête. Tant que les hanches n'ont pas franchi l'orifice, il n'y a nul danger (fig. 248) pour l'enfant, le cordon étant tout à fait soustrait à la compression ; mais dès que l'ombilic a dépassé l'orifice, il se trouve comprimé, et cette compression est d'autant plus exacte et d'autant plus prolongée, que les dernières parties fœtales, qui suivent les hanches, sont plus volumineuses et que l'orifice est plus résistant; en un mot, que ces parties, à mesure qu'elles se présentent à l'orifice utérin, éprouvent plus de retard dans leur engagement.

Le fœtus est privé alors des rapports circulatoires qui l'unissent à sa mère, et il périt asphyxié.

On comprend facilement, d'après cela, contrairement à l'opinion qui était généralement reçue autrefois, et que quelques accoucheurs professent encore aujourd'hui, que l'accouchement par l'extrémité pelvienne sera d'autant plus favorable, que cette extrémité s'engagera plus complète. Dans ce cas, en effet, ces parties réunies présentant à l'orifice un volume aussi considérable que celui de la tête, quoique beaucoup plus réductible que l'extrémité céphalique, séjournent au-dessus du détroit supérieur, jusqu'à ce que la dilatation de l'orifice soit complète. Le premier temps de l'accouchement, pendant lequel l'enfant ne court aucun danger, est plus long ; mais, après l'engagement de cette extrémité complète, alors que la compression est à craindre, les épaules et la tête, qui ont été précédées à l'orifice utérin par une partie presque aussi volumineuse qu'elles, trouvent cet orifice perméable et le franchissent rapidement. Ce second temps de l'accouchement est beaucoup plus rapide que dans le cas où l'extrémité s'est présentée décomplétée; et c'est dans cette circonstance que gît toute la différence, dans le pronostic, entre ces deux modes de présentation. En effet, comme c'est dans le deuxième temps de l'accouchement que le cordon peut être comprimé, plus ce deuxième temps sera rapide,

moins il y aura de chance pour que la compression du cordon soit fatale à l'enfant.

Les relevés statistiques prouvent surabondamment la vérité de cette assertion. Dans la présentation complète de l'extrémité pelvienne, la vie de l'enfant est moins compromise que dans celle des fesses; celle-ci est plus favorable que celle des genoux ou des pieds.

Enfin, l'accouchement est plus favorable quand il se termine spontanément, que dans les cas où l'art intervient. Dans la version pelvienne en effet, il périt un enfant sur sept. Cette différence tient à ce que, lorsqu'on intervient, les tractions exercées sur le tronc font glisser la tête entre les bras, qu'il faut alors dégager, premier retard. Ces tractions déterminent l'extension de la tête, et tous les accidents qui peuvent résulter de cette extension. (Voyez *Version.*)

§ 3. — Conduite de l'accoucheur pendant cet accouchement.

D'après ce qui précède, la conduite que l'accoucheur doit tenir dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne est toute tracée, puisque l'accouchement est d'autant plus favorable que l'art intervient moins. Il faut livrer cet accouchement à la nature, quel que soit le mode de présentation de l'extrémité pelvienne, à moins de circonstances particulières qui nécessitent l'intervention.

En effet, des tractions faites sur les parties qui se présentent, dans le but de hâter leur engagement, ne feraient que hâter le moment où l'ombilic pénétrera dans l'excavation avant la dilatation complète du col. Le col n'étant pas encore assez dilaté pour laisser passer facilement les épaules et la tête, le cordon pourra être comprimé plus ou moins exactement.

Si l'extrémité pelvienne se présente complète, puisque cette circonstance est favorable au produit, il faut de même se bien garder de la lui enlever en introduisant la main au détroit supérieur, dès qu'elle peut pénétrer pour décompléter cette présentation et saisir les pieds et les genoux pour les engager dans un orifice incomplétement dilaté.

Cette pratique, généralement adoptée il y a trente ans, n'est pas tellement tombée en désuétude, qu'on ne doive s'élever hautement contre un procédé si en opposition avec les lois naturelles.

Loin de décompléter la présentation de l'extrémité pelvienne, ai-je toujours entendu dire à M. P. Dubois, il faudrait augmenter son volume si cela était possible, afin que les parties ne puissent franchir l'orifice avant la dilatation complète.

Si les genoux ou les pieds se présentent, il faut encore se tenir en garde contre cette tentation qu'on éprouve tout naturellement à

hâter l'accouchement, en tirant sur des parties qui vous offrent une prise si facile. Il faut savoir résister à sa propre impatience, à celle de la femme, aux persécutions des assistants; c'est un écueil qu'on évite bien rarement dans le début de sa carrière obstétricale. En effet, si l'on respecte cette présentation décomplétée, l'ombilic s'engagera dans le détroit supérieur bien moins rapidement, spontanément, que si l'on exerce des tractions sur les pieds, et les chances de compression seront retardées autant que possible, jusqu'à ce que la dilatation soit complète; tandis qu'en tirant sur les extrémités défléchies, on hâte le moment où cette compression commence à s'exercer.

Cependant, quoiqu'on doive poser en principe que dans la plupart des cas l'accoucheur doive rester simple spectateur de l'accouchement, il faut aussi ajouter que si ce précepte ne doit jamais être enfreint pour le premier temps de l'accouchement, il n'en est pas toujours de même pour le deuxième temps. L'accoucheur doit, au contraire, se tenir tout prêt à agir, dans le cas où l'extrémité pelvienne, profondément engagée dans l'excavation, ne recevrait pas des contractions utérines une impulsion capable de l'expulser assez rapidement, afin que la compression qui s'exerce à ce moment du travail ne puisse être fatale au produit.

Enfin, pour prévenir la contusion du scrotum, M. Vanhaesendonck (août 1848), conseille de repousser le scrotum à la partie antérieure des cuisses, et de le maintenir réduit avec de la ouate placée dans l'espace compris entre les cuisses.

CHAPITRE PREMIER

DES ACCIDENTS QUI PEUVENT SE MANIFESTER PENDANT TOUT LE COURS DE L'ACCOUCHEMENT LORSQUE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE SE PRÉSENTE.

—

La description de ces accidents, que ce soit le sommet, la face ou l'extrémité pelvienne qui se présente, est exactement la même; les procédés généraux ne varient pas non plus, il n'y a que les procédés spéciaux qui reçoivent quelques modifications. Aussi, pour la plupart de ces accidents, je renvoie à la présentation du sommet; je ne m'occuperai particulièrement que de ceux qui sont spéciaux à la présentation pelvienne, et qui obligent à quelques soins, à quelques manœuvres particulières. (Voyez page 843.)

§ 1. — Ecoulement des eaux teintes de méconium.

(Voyez *Sommet*, page 449.)

Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, l'issue du méconium, que viennent teindre les eaux de l'amnios, est loin d'avoir la même importance que dans les deux présentations précédentes. Cette expulsion du méconium est déterminée par un phénomène mécanique, la compression des parties qui s'engagent. Aussi peut-elle avoir très-bien lieu sans qu'on doive en conclure que la vie du produit est compromise. Cependant, comme ce phénomène pourrait, comme dans la présentation de la tête, dépendre de la compression du cordon, il est indispensable d'apprécier avec soin l'état de la circulation fœtale.

Si le rhythme des pulsations est altéré, si elles s'affaiblissent après un temps d'accélération bien marqué, c'est que la vie du produit est menacée. Il est alors nécessaire de l'extraire. (Pour les procédés de cette extraction, voyez, à la fin de ce chapitre, *Opérations obstétricales*, page 843.)

§ 2. — Brièveté du cordon.

Les accidents déterminés par la brièveté du cordon sont moins graves que dans les présentations de la tête, parce qu'il est plus facile d'y remédier plus promptement. Ainsi, aussitôt que l'extrémité pelvienne sera assez engagée dans l'excavation pour que l'ombilic soit accessible, on pourra s'assurer, en exerçant quelques tractions sur le cordon, si c'est à sa brièveté qu'est dû le retard dans l'engagement ; et alors, lorsqu'on présumera que le col, qui a permis le passage de l'extrémité pelvienne, est assez dilaté pour permettre l'extraction facile des épaules et de la tête, on exercera quelques tractions sur les parties qui se présentent, jusqu'à ce qu'il soit possible de couper le cordon ; puis aussitôt on achèvera l'extraction avec promptitude. (Voyez *Opérations obstétricales*, page 843.)

§ 3. — Rupture de l'utérus.

Dans ce cas, la tête pourra passer à travers la crevasse de l'organe, si elle est assez étendue ; on comprend que de simples tractions sur les pieds suffiront pour la faire rentrer dans l'utérus et que si, ce qui n'aura certainement pas lieu, cette rétraction de l'organe ne pouvait être vaincue, on n'aurait à faire que l'opération césarienne et on ne songerait pas à mettre en pratique ce conseil étrange d'introduire la main armée d'un bistouri pour débrider la crevasse.

Jamais le silence du cabinet, le coin du feu et la contemplation du mannequin, n'ont enfanté pareille *étrangeté*. Qui croirait que ce pré-

cepte est extrait d'un ouvrage qui porte sur sa couverture le titre de *Traité pratique*. (Voyez *Ruptures de l'utérus*, page 488.)

ARTICLE Ier.

DIFFICULTÉS RÉSULTANT D'ANOMALIES DANS LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT.

§ 1. — Anomalies du premier temps d'amoindrissement des parties.

Dans le cas où les parties trop volumineuses ne se réduiraient pas de volume, l'engagement pourrait être retardé, mais jamais il ne sera empêché par cette anomalie, à moins que l'extrémité pelvienne complète ne pèche par excès de dimension. Dans ce cas, la dilatation étant complète, il faudrait procéder à l'extraction de cette extrémité, soit en allant chercher les pieds ou en agissant sur les hanches, suivant les circonstances.

§ 2. — Anomalies du temps d'engagement.

Le défaut d'amoindrissement des parties, l'inertie utérine, la résistance de l'orifice, etc., etc., déterminent cette anomalie. (Voyez ces articles dans le chapitre *Obstacles mécaniques à l'accouchement*, à la page suivante.)

§ 3. — Anomalies du troisième temps de rotation.

Lorsque la rotation du sacrum en avant est incomplète, le dégagement ne s'en effectue pas moins facilement dans la plupart des cas, même s'il va se rendre dans la concavité du sacrum. Ce temps est, du reste, soumis aux mêmes irrégularités que son analogue dans les présentations de la tête ; seulement dans la présentation de l'extrémité pelvienne, il ne nécessite presque jamais l'intervention. Il n'en est pas de même dans la présentation du sommet : l'art est souvent obligé d'intervenir quand le mouvement de rotation de la tête est incomplet, quelquefois aussi quand l'occiput est en arrière, et l'on sait, par ce que j'ai dit de la gravité des positions mento-iliaques postérieures de la face qui sont restées telles, quelle différence il existe entre cette anomalie dans la présentation de la face et la position sacro-sacrée de l'extrémité pelvienne, où la nature se suffit encore presque toujours à elle-même.

Dans ce cas où l'on serait obligé d'opérer, ce dégagement n'ayant pas lieu, voyez *Opérations obstétricales*, page 843.

§ 4. — Anomalies du cinquième temps ; rotation intérieure de la tête, extérieure des épaules.

Immédiatement après l'expulsion du tronc, la tête exécute à l'intérieur un mouvement de rotation qui place l'occiput derrière les

pubis ou dans la concavité du sacrum. Extérieurement, ce mouvement est suivi par les épaules qui se placent alors transversales à la vulve. Il est nécessaire que ce mouvement de rotation ait lieu pour que le dégagement de la tête puisse s'effectuer. Dans le cas où il ne s'accomplirait pas, il faudrait le déterminer en introduisant la main droite, si l'occiput est à gauche, et *vice versâ*, en dessous de la tête, et en s'efforçant d'aller accrocher la face pour la ramener dans la concavité du sacrum (fig. 250).

§ 4. — Anomalies du quatrième temps de dégagement.

La résistance du périnée, l'inertie utérine, le volume des parties fœtales sont les causes les plus ordinaires d'anomalie de ce quatrième temps.

Fig. 250.

ARTICLE II.

OBSTACLES MÉCANIQUES A L'ACCOUCHEMENT.

Je n'ai rien à dire de particulier de la *résistance des membranes, de l'agglutination de l'orifice externe, de la rigidité de l'orifice, de sa*

direction vicieuse. Ces accidents sont les mêmes que dans la présentation du sommet; les moyens d'y remédier aussi.

On a conseillé, dans un ouvrage récemment publié, pour remédier au resserrement spasmodique du col sur le cou de l'enfant, après l'issue du tronc, de débrider le col avec l'instrument tranchant, et cela sans autres commentaires. Chacun s'étonnera sans doute qu'on ait pu proposer d'aller débrider le col utérin avec le bistouri, quand le tronc de l'enfant bouche exactement l'excavation. Cette opération n'étant possible qu'après l'allongement du cou, et par conséquent, après la mort de l'enfant, c'était cependant assez utile à dire.

Les opiacés, la saignée, les bains, et surtout le temps et les tractions suffisent presque toujours seuls à vaincre cette résistance. S'il en était autrement, on aurait recours au débridement.

§ 1. — Engagement d'une autre partie fœtale.

Quant à l'engagement d'une autre partie fœtale en même temps que l'extrémité pelvienne, si ce sont les mains qui se sont engagées, l'acci-

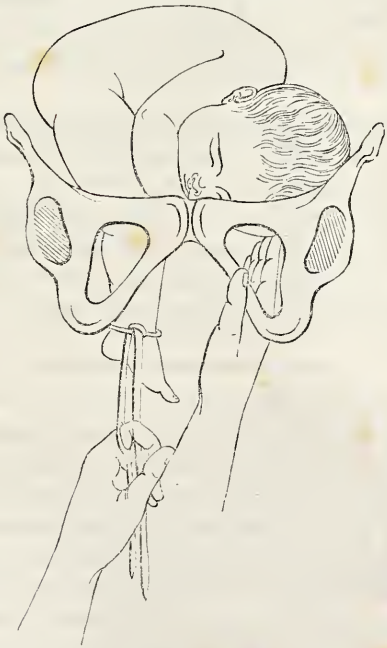


Fig. 251.

dent ne mérite aucune attention. A mesure que l'extrémité pelvienne s'engage, les mains restent élevées, et quand même elles s'abaisse-

raient en même temps que le pelvis, elles ne pourraient guère en gêner l'engagement.

Si, cependant, l'engagement paraissait gêné, on réduirait ces parties en les soutenant pendant la contraction utérine.

Mais il n'en est pas de même de l'engagement de la tête en même temps que l'extrémité pelvienne ; cet accident, très-rare, et qui ne se manifeste guère que dans la version pelvienne, et dans un bassin très-large, nécessite l'intervention de l'art. Avec l'extrémité d'une main on repoussera la tête pendant que l'autre exercera des tractions sur l'extrémité pelvienne (fig. 251).

§ 2. — Variétés de présentation.

J'ai déjà dit que les variétés de présentation n'étaient appréciables que lorsque l'extrémité pelvienne est complète, ou lorsque les fesses se présentent. En effet, la mobilité des pieds ou des genoux est telle, que leurs inclinaisons ne peuvent rien faire préjuger sur celles du siége.

Il est bien plus rare encore que l'on soit obligé d'agir pour ces variétés que pour celles du sommet. Ainsi, si une hanche occupe le détroit supérieur, l'extrémité pelvienne se redresse, puis elle s'engage.

Si c'est le sacrum qui se présente, le même mouvement de redressement s'exécute. La variété antérieure est dans le même cas. Si cependant, une de ces variétés persistait, il faudrait aider à l'engagement de l'extrémité pelvienne, soit en la redressant, et les procédés de redressement sont, dans ce cas, aussi difficiles que dans les présentations de la tête, et alors on procéderait à l'extraction du produit. (Voyez, *Opérations obstétricales*, page 843.)

§ 3. — Fœtus multiples isolés.

(Voyez *Sommet*, page 492).

Si deux fœtus se présentent simultanément au détroit supérieur par l'extrémité pelvienne défléchie, l'un passe le premier, l'autre en second ; cependant les deux ensemble pourraient s'engager simultanément, dans ce cas les membres inférieurs peuvent bien pénétrer dans l'excavation, mais les hanches se présentent au détroit supérieur, l'engagement du reste du tronc devient impossible. Alors que conviendrait-il de faire ? Repousser un produit, puis tirer sur l'autre ; et, dans ce cas, ne saisir qu'un seul des pieds engagés, afin de ne pas s'exposer à exercer des tractions sur deux extrémités qui appartiendraient à des fœtus différents.

Pendant qu'on exerce ces tractions sur un pied ou sur un genou,

on soutient avec la main, si cela est possible, les autres parties fœtales, qui ne cèdent pas aux tractions et qui restent immobiles.

§ 4. — Fœtus monstrueux.

(Voyez *Sommet*, page 508.)

Si deux extrémités pelviennes se présentent et que les produits soient accolés, ce qu'on ignore par avance, on n'exercera des tractions que sur un pied, pour les raisons énoncées dans le paragraphe précédent, mais on sentira que ces tractions tendent à engager les deux produits, qui alors chevaucheront l'un sur l'autre, et pourront ainsi franchir le canal pelvien. Dans le cas où ce chevauchement n'aurait pas lieu, on se conduirait comme dans la présentation du sommet.

§ 5. — Indications que les vices de conformation du bassin présentent à remplir.

Les vices de conformation du bassin sont des complications extrêmement fâcheuses dans la présentation de l'extrémité pelvienne ; dans les cas même où la nature se suffit à elle-même, et où de légères tractions suffisent, la vie de l'enfant est presque toujours compromise. En effet, la tête, quand elle se présente la première, parvient à vaincre plus facilement la résistance qui s'oppose à son engagement, et pendant tout le temps qu'elle met à vaincre cette résistance, le cordon est libre dans la cavité utérine, et est soustrait à la compression. Mais dans la présentation pelvienne, au contraire, lorsque le tronc a été expulsé sans difficultés, la tête, surtout si elle se défléchit présente à ce détroit supérieur vicié des diamètres extrêmement défavorables, et il lui faudra un temps assez long pour vaincre les résistances qui s'opposent à son engagement, et pendant ce temps le produit périra victime de la compression du cordon. C'est dans ce cas qu'on a conseillé l'usage de la version céphalique ; mais, comme on le verra, pour les présentations du tronc, même quand la tête est voisine de l'orifice, cette opération est environnée de tant de difficultés, qu'on est souvent obligé d'y renoncer, à plus forte raison rencontrera-t-on des difficultés presque insurmontables, pour ramener la tête, qui, dans la présentation pelvienne, est située au sommet de l'organe ; cependant on doit tenter cette opération avant de recourir aux procédés d'extraction ordinaires.

Ainsi, quand on aurait pu constater d'une manière certaine, avant la rupture des membranes, que c'est l'extrémité pelvienne qui se présente au détroit supérieur vicié, on devrait tenter de ramener le sommet au lieu du siége. M. Colombe a souvent réussi dans des cas

semblables. Il est le premier qui ait conseillé cette opération pratiquée à travers des parois abdominales. J'ai été témoin à la Clinique de ses premières expériences.

Les procédés à l'aide desquels on peut opérer cette substitution consistent à repousser le siége avec le doigt à travers les membranes, en même temps qu'on tâche d'abaisser la tête à l'aide de l'autre main, qui agit à travers les parois abdominales, ou bien à l'aide de manipulations extérieures faites avec les deux mains.

Rarement on rencontrera les conditions favorables à l'exécution de ce procédé.

Car, pour qu'il puisse être mis en pratique, il faut que l'utérus ne soit pas distendu par le liquide amniotique, que les parois abdominales et utérines soient souples, peu épaisses, indolores.

Dans le cas où l'on n'aurait pu effectuer cette manœuvre, on confiera l'accouchement à la nature, et l'on s'abstiendra, autant que possible, d'exercer des tractions sur les parties : ce ne serait que dans le cas où les contractions seraient insuffisantes, qu'on se devrait résoudre à exercer des tractions sur l'extrémité pelvienne.

Enfin, si le degré de rétrécissement était tel qu'on ait eu déjà beaucoup de peine à engager l'extrémité pelvienne décomplétée, la vie de l'enfant serait à coup sûr compromise et l'on ne pourrait délivrer la mère qu'en opérant l'allongement du cou pour pouvoir après cela saisir la tête avec le forceps, la perforer ou l'aplatir avec le céphalotribe.

§ 6. — Tumeurs mobiles ou adhérentes de l'excavation, du vagin et des grandes lèvres.

La conduite de l'accoucheur est la même que dans la présentation du sommet, sauf les procédés d'extraction qui varient. (Voyez *Sommet*.)

§ 7. — Excès du volume du fœtus.

Après avoir constaté l'insuffisance des contractions utérines à déterminer l'engagement, il faut tâcher de le produire ; pour cela, la dilatation étant complète, la main introduite ira saisir les pieds ou une des hanches et engagera l'extrémité pelvienne dans l'excavation. Pour le reste de l'extraction du tronc et de la tête, voyez pages et suiv.

Dans le cas où cet excès de volume tiendrait au développement anormal d'une tumeur sur le siége, à l'hydrocéphalie, à l'hydrothorax, à l'ascite, on se conduirait comme dans les mêmes circonstances. (Voyez *Préentation du sommet*.) Réduire le volume de la

partie par la ponction et l'écrasement, est le seul recours de l'opérateur.

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES PROPRES A LA PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE.

Quel que soit l'accident qui nécessite l'extraction du produit lorsqu'il se présente par l'extrémité pelvienne, les moyens à employer sont les mêmes ; ils varieront seulement, suivant l'époque du travail, c'est-à-dire suivant le degré d'élévation ou d'engagement de la partie qu'il faut saisir, suivant le mode de présentation, et enfin suivant le volume de cette partie et les diamètres du bassin.

ARTICLE Ier.

L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE SE PRÉSENTE COMPLÈTE.

Que ce soit l'excès de volume des parties, ou un des autres accidents que j'ai énumérés, qui nécessite l'extraction du produit, dans son intérêt ou dans celui de la mère, cette extraction se fait, suivant les circonstances, soit à l'aide de la main ou du crochet; la main suffit presque toujours.

§ 1. — **Dégagement manuel.**

L'extrémité pelvienne est au détroit supérieur.

Si l'extrémité pelvienne est située au-dessus du détroit supérieur, après avoir placé la femme comme pour la version, et avoir disposé tout ce qui peut être utile avant, pendant ou après cette opération, la main, dont la paume regarde la partie antérieure du produit, est introduite avec toutes les précautions convenables ; elle pénètre avec ménagement dans le col utérin, opère la rupture des membranes si celles-ci sont intactes ; puis, pénétrant jusqu'aux pieds qu'elle rencontre très-près de l'orifice, elle les saisit tous les deux si cela lui est possible ; dans le cas contraire elle n'en prend qu'un, et l'extrait : le reste de l'extraction est en tout semblable au reste de la version pelvienne (Voyez pages.)

Il en est de même des difficultés qu'on peut rencontrer dans cette extraction, et des moyens d'y remédier.

L'extrémité pelvienne est à demi engagée dans l'excavation.

Dans ce cas, si la main peut sans peine pénétrer jusqu'aux pieds, elle les attirera à l'extérieur; dans le cas contraire, on ira accrocher une hanche avec l'index, et l'on attirera ainsi le siége jusque dans l'excavation.

Sur quelle hanche doit-on agir? Il faut de préférence attirer celle qui est en avant; pour cela il faut passer l'index entre les pubis et cette hanche. Mais on ne trouve pas toujours assez d'espace entre ces deux parties pour pouvoir agir ainsi, et le plus ordinairement on est forcé de procéder d'arrière en avant, et en allant accrocher le pli de l'aine antérieure à l'aide du doigt passé entre la racine des cuisses. Cette hanche, ainsi saisie, est abaissée jusque dans l'excavation, puis le doigt, sans être retiré d'entre la racine des cuisses est retourné vers la partie postérieure du bassin où il va alors accrocher la hanche postérieure en se fixant sur le pli de l'aine. Cette hanche est plus facile à saisir, parce qu'elle s'est abaissée en même temps que la première; sans quitter le doigt, on l'attire jusqu'au détroit inférieur, en l'élevant un peu. Enfin, on lui fait parcourir la concavité du sacrum pendant que la hanche antérieure reste fixée derrière les pubis.

Cela fait, le reste de l'extraction ne diffère pas du reste de la version.

§ 2. — Du crochet mousse.

Si cependant, dans ce cas, le doigt n'avait pu atteindre la hanche, soit à cause de son élévation, ou bien parce qu'elle est trop volumineuse, c'est-à-dire que le doigt ne puisse mesurer l'espace qui sépare la tubérosité ischiatique du pli de l'aine[1] il faudrait user du crochet mousse placé à l'extrémité de chacune des branches du forceps, pour abaisser une de ces hanches.

M. Champion (de Bar-le-Duc) a modifié, pour cet usage, le crochet de Smellie. Celui qui est figuré à la page ci-contre m'a été donné par M. Champion lui-même. C'est l'instrument de cette nature qui me paraît réunir le plus d'avantages; ses courbures sont douces et peuvent bien moins léser les parties sur lesquelles elles sont fixées que la plupart des crochets dont les forceps sont armés. Ces

[1] Cette circonstance est rare, je ne l'ai rencontrée qu'une fois à la Clinique; mais, dans ce cas, la hanche avait tant de hauteur que, quoique l'extrémité pelvienne fût profondément engagée, et qu'il parût alors facile d'atteindre le pli de l'aine, je ne pus venir à bout d'y engager l'index, M. P. Dubois ne put non plus y parvenir, il fallut alors se servir du crochet. J'ai observé depuis avec M. Cherest un fait semblable.

crochets ressemblent exactement à ceux qui terminent le forceps dont je fais usage.

Le mode d'application du crochet devrait être exactement le même que celui du doigt. Ainsi, on devrait d'abord accrocher le pli de la hanche qui est en avant, en passant entre la symphyse des pubis ou entre la racine des cuisses, abaisser d'abord cette hanche antérieure, puis aller accrocher l'autre ; mais il n'est pas possible de suivre exactement la même marche.

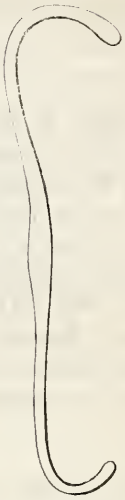


Fig. 252.

En effet, pour que l'opérateur puisse avoir la conscience que le crochet est bien appliqué, qu'il ne peut léser les parties maternelles, et qu'il a bien dépassé les parties fœtales sur lesquelles il est fixé, et qu'alors il n'est pas dans le cas de les déchirer avec sa pointe, quoique cette pointe soit mousse, il faut que l'autre main, qui ne tient pas le crochet, guide d'abord cet instrument, puis qu'elle s'assure que la pointe du crochet a bien dépassé le pli de l'aine, que cette pointe n'est pas fixée sur des parties qu'elle pourrait compromettre. Si l'on pouvait passer l'instrument sous les pubis, il serait possible de s'assurer de ce fait avec la main introduite entre la racine des membres ; mais, comme ce n'est ordinairement qu'entre la racine des cuisses qu'on peut introduire le crochet si on les fixait sur la hanche antérieure, la main ne pourrait s'assurer de sa bonne situation, car elle ne peut s'engager entre les pubis et la hanche.

Au contraire, comme cette main peut très-bien s'engager dans la concavité du sacrum, il faudrait fixer le crochet sur la hanche postérieure en procédant d'avant en arrière entre la racine des cuisses. L'extrémité des doigts sentira alors très-bien si le crochet dépasse les parties sur lesquelles il est appliqué, et s'il ne peut pas compromettre celles de la mère.

Le meilleur crochet mousse, mal guidé, peut avoir de grands inconvénients.

L'extrémité pelvienne complète est profondément engagée dans l'excavation.

Dans ce cas, il est toujours facile d'accrocher une hanche avec l'index, à moins cependant qu'on ne rencontre une circonstance semblable à celle que je viens de rapporter en note à la page précédente.

ARTICLE II.

L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE SE PRÉSENTE DÉCOMPLÉTÉE PAR LES FESSES.

§ 1. — Dégagement manuel.

Au détroit supérieur.

La main, dont la face palmaire regarde le plan antérieur du fœtus, étant introduite, l'index de cette main sera glissé entre la racine des membres et fixé sur le pli de la hanche, et l'on n'ira pas chercher les pieds qui sont placés presque au sommet de l'organe, par suite du redressement des membres à la partie antérieure de l'enfant. Cette hanche sera engagée dans l'excavation et amenée ainsi au détroit inférieur; puis le doigt, retourné en pronation et fixé sur la hanche postérieure, fera parcourir à cette hanche toute la concavité du sacrum, et l'amènera ainsi à la vulve. Le reste de l'extraction se fait comme dans la *version pelvienne.*

Au détroit inférieur.

Quand le dos est à gauche, l'index de la main droite est engagé dans la concavité du sacrum et fixé sur le pli de l'aine postérieure, l'index de la main gauche fixé sous les pubis, sur la hanche antérieure : alors les deux mains impriment un mouvement de traction et d'élévation à l'extrémité pelvienne. A mesure que les parties se dégagent, on leur imprime aussi un mouvement de torsion qui devra avoir ramené l'occiput en avant, quand l'extraction du tronc sera complète.

Enfin, si les pieds ou les genoux se présentaient seuls, les procédés seront exactement les mêmes que dans le dernier temps d'extraction de la version pelvienne.

§ 2. — Du forceps dans la présentation pelvienne.

Quelques auteurs ont conseillé d'appliquer le forceps sur l'extrémité pelvienne, mais il présente, dans ce cas, de grands inconvénients si le fœtus est vivant ; la compression exercée par l'extrémité des cuillers sur les organes contenus dans l'abdomen compromet sûrement sa vie, et qu'il soit mort ou vivant, le forceps n'a pas sur l'extrémité pelvienne une prise assez solide pour qu'il puisse servir à l'extraire. Il doit donc être proscrit sur le siége ; mais on est quelquefois obligé de l'appliquer sur la tête, arrêtée au détroit inférieur, après l'issue du tronc : rarement, dans ce cas, l'enfant sera vivant. Et pour l'application au détroit supérieur, elle est impossible, à moins que le cou n'ait été allongé par les tractions et qu'alors l'enfant ne soit mort. (Voyez, pour les détails de cette application, les pages 702 et suivantes.)

§ 3. — **Du céphalotribe.**

Il n'en est pas de même du céphalotribe ; cet instrument peut être employé sur l'extrémité pelvienne pour en diminuer le volume dans le cas où un vice de conformation du bassin réduirait à cette nécessité. Cet instrument n'est pas, comme le forceps, sujet à lâcher prise, car les parties se trouvent saisies avec force par les mors rapprochés.

Après l'extraction du pelvis à l'aide du céphalotribe, cet instrument peut être également placé sur la poitrine ; enfin, sur la tête arrêtée au détroit supérieur, mais bien entendu dans le cas où le cou aurait été suffisamment allongé pour permettre au tronc de sortir des organes, car sa présence dans l'excavation empêcherait de pénétrer jusqu'à la tête.

TITRE V

Des présentations du tronc.

J'ai déjà dit, en m'occupant de la classification des présentations et des positions, que le fœtus à terme ne peut se présenter au détroit supérieur que par les régions latérales du tronc, que jamais le dos de l'enfant, ni la partie antérieure de la poitrine, n'ont été sentis directement à ce détroit.

Ces présentations sont donc au nombre de deux, une pour le côté droit, une pour le côté gauche. Elles sont appelées franches quand c'est la partie acromiale de l'épaule qui occupe le centre de l'orifice ; mais dès le début du travail ce n'est pas toujours cette partie qui est sentie au détroit supérieur, le doigt peut rencontrer l'épaule et une petite portion de la partie antérieure de la poitrine : c'est ce qu'on appelle la *variété sternale ;* ou l'épaule et une petite portion de la partie postérieure de la poitrine, et cette variété de présentation a reçu le nom de *variété dorsale*. L'épaule et le creux du cou peuvent être sentis aussi au détroit supérieur, *variété cervicale ;* enfin, le doigt peut arriver sur le côté proprement dit, sur la partie de la poitrine où repose le coude de l'enfant, *variété cubitale*.

Fig. 253.

Ces nuances dans la présentation n'ont aucune importance en pra-

tique ; car si elles peuvent se manifester dès le début du travail, elles ne persistent pas longtemps, et en définitive, sous l'influence des contractions utérines, ces variétés disparaissent pour faire place à la présentation franche (*acromiale*), comme cela a lieu pour les variétés correspondantes du sommet, de la face et de l'extrémité pelvienne.

Lorsqu'on reconnaît une présentation de l'épaule avant la rupture des membranes, ou au moment où elles viennent de se rompre, on peut constater souvent une de ces variétés de présentation, tandis que si l'on pratique le toucher après que les contractions se sont exercées sur le produit, on trouve le plus généralement l'épaule fixée au détroit supérieur, présentation franche (*acromiale*) ; la fusion s'est exécutée.

D'ailleurs, l'intervention étant la règle dans les présentations du tronc, peu importe qu'elles soient franches ou inclinées, le mode d'action sera toujours le même dans tous ces cas.

Il arrive quelquefois que, dès le début de la rupture des membranes, le bras qui suit l'épaule s'engage dans l'orifice et vient se présenter à la vulve. Ce phénomène est même constant dans ces présentations quand les secours de l'art sont longtemps attendus. Les contractions engagent petit à petit l'épaule, puis enfin le bras. Quelques accoucheurs, regardant cette procidence du bras, dans la présentation de l'épaule, comme un accident plus grave que la présentation acromiale [1], en ont fait une présentation distincte, sous le nom de *présentation du bras et de la main ;* ce n'est pour moi qu'un épiphénomène qui favorise l'intervention plutôt qu'il n'y met obstacle.

Quant aux positions que le fœtus peut affecter, dans chacune des deux présentations du tronc, elles sont au nombre de deux pour chaque région latérale du tronc (que la présentation soit franche ou en variété).

Présentation du côté droit ou de l'épaule droite (deux positions).

La tête est à gauche (céphalo-iliaque gauche), le dos est en avant ; ou elle est à droite (céphalo-iliaque droite), le dos est en arrière.

Présentation du côté gauche ou de l'épaule gauche (deux positions).

La tête est à gauche (céphalo-iliaque droite), le dos est en arrière ; la tête est à droite (céphalo-iliaque droite), le dos est en avant.

[1] Ils attribuent à la présence du bras des difficultés qui me paraissent déterminées par la rétraction utérine, rétraction qui est toujours très-énergique quand le bras s'est engagé, puisque cet engagement n'a ordinairement lieu qu'après que les contractions se sont exercées longtemps sur le produit.

§ 1. — Causes.

Les causes des présentations du tronc ne peuvent pas être très-bien appréciées. Cependant chacun s'accorde à penser que la petitesse, la mobilité du fœtus, les obliquités utérines peuvent les produire. Quant à croire qu'une frayeur subite peut les déterminer, j'avoue que je ne puis aller jusque-là.

Les présentations du tronc sont plus fréquentes que les présentations de la face : madame Lachapelle en a observé soixante-huit sur quinze mille six cent cinquante-deux accouchements, et M. P. Dubois treize sur deux mille deux cents accouchements. La présentation de la région latérale droite est aussi plus fréquente que celle de la région gauche.

Et pour les positions, les céphalo-iliaques gauches sont plus communes que les autres, probablement par suite de la plus grande fréquence de la position occipito-iliaque gauche.

Quant au diagnostic des présentations et des positions, je ne m'en occuperai qu'au moment où je tracerai les règles de l'intervention.

En effet, l'expulsion spontanée, dans ces présentations, étant un phénomène exceptionnel qui s'accomplit, dans la plupart des cas, à l'insu de l'accoucheur et sans que l'art vienne aider la nature, c'est seulement quand il s'agit de changer la présentation ou d'extraire le produit, qu'il est de quelque importance de s'occuper du diagnostic.

§ 2. — Accouchement spontané dans la présentation du tronc.

Bien qu'on ait cherché dans ces derniers temps à faire prévaloir l'expectation [1], pour moi, l'art doit toujours intervenir dans les présentations du tronc : c'est une règle dont l'accoucheur ne doit jamais s'écarter, à moins de circonstances rares, que j'exposerai aussi catégoriquement que possible en temps et lieu.

En effet, quoique la nature puisse se suffire quelquefois à elle-même, cette expulsion spontanée ne doit être considérée que comme un fait tout à fait exceptionnel, dont l'accomplissement exige un concours de circonstances difficiles à rencontrer.

Cette expulsion peut être quelquefois très-heureuse pour la mère

[1] Je ne saurais trop m'élever contre de semblables conseils; comment compter sur des faits exceptionnels, la version spontanée ou l'évolution spontanée, quand pendant cette expectation le moment d'élection de la version peut se passer, ce qui obligerait à recourir à des opérations meurtrières pour l'enfant, quelquefois graves pour la mère, à moins qu'on ne puisse déterminer l'évolution forcée. Sur quoi se fondera-t-on, en effet, pour déterminer dans quels cas il faudra agir ou rester inactif. Je ne le sais trop ; mais ce que je sais, c'est qu'on devra être exposé à se tromper trop souvent, pour risquer de suivre cette nouvelle et singulière pratique.

et l'enfant, mais aussi elle compromet le plus souvent l'existence du produit, et elle est plus ou moins dangereuse pour la mère.

Cette expulsion spontanée peut s'effectuer de trois manières.

A. Avant le terme de la viabilité, et surtout quand le fœtus est mort et ramolli par la putréfaction, il peut être expulsé, plié en double, et cette expulsion n'est régie par aucune loi ; le produit est chassé hors des organes maternels comme un corps amorphe.

B. Depuis l'époque de la viabilité jusqu'à terme, l'accouchement peut s'effectuer en vertu de deux mécanismes bien différents :

1° L'épaule, sous l'influence des contractions utérines, ou des mouvements actifs du produit, peut s'éloigner du détroit supérieur, pour faire place, soit à la tête, soit à l'extrémité pelvienne. Cette substitution de présentation a reçu le nom de *version spontanée*.

2° L'épaule, poussée par les contractions utérines, peut s'engager dans l'excavation, se fixer sous les pubis, pendant que le tronc progresse, en rampant pour ainsi dire dans la concavité du sacrum, glisse entre cette épaule et la paroi postérieure du bassin, et vient se dégager à la commissure antérieure du périnée. C'est ce fait que l'on a nommé *évolution spontanée*.

Version spontanée.

La version spontanée n'est donc qu'une substitution de présentation, par laquelle la tête ou l'extrémité pelvienne viennent remplacer l'épaule qui s'éloigne petit à petit du détroit supérieur.

Ce n'est pas un accouchement par l'épaule, mais par la tête ou par l'extrémité pelvienne. Différence notable avec l'*évolution spontanée*.

Cette version spontanée peut s'effectuer, quels que soient le terme et les dimensions du fœtus, mais elle ne peut guère s'effectuer qu'autant que les membranes sont intactes, et que le produit jouit alors d'une grande mobilité. On conçoit aussi qu'en vertu de ces circonstances, l'accouchement doit être pour le produit et pour la mère tout aussi favorable qu'il l'aurait été dans la présentation qui est venue remplacer l'épaule.

Quoique M. Velpeau ait eu l'occasion d'observer un cas de version spontanée, après la rupture des membranes, il n'en demeure pas moins certain que cette substitution de présentation n'est guère possible après l'écoulement des eaux, et que lorsque le fœtus est expulsé spontanément, dans ce cas, c'est bien plutôt en vertu du mécanisme de l'*évolution spontanée*.

La version spontanée s'effectuant presque toujours avant la rupture des membranes s'accomplit le plus ordinairement à l'insu de

l'accoucheur ; aussi on ne connaît que très-imparfaitement son mécanisme et ses causes.

Pronostic. — Le pronostic, dans cette expulsion, est extrêmement favorable au produit et à la mère, quand il a lieu avant la déchirure de la poche. En effet, une fois la présentation changée, les membranes se rompent, et l'accouchement est aussi heureux pour la mère et pour l'enfant qu'il l'aurait été dans une présentation du sommet ou de l'extrémité pelvienne. Il est loin d'en être de même dans les cas très-rares où cette substitution de présentation a eu lieu après la rupture des membranes.

Évolution spontanée.

L'évolution spontanée ou l'expulsion du produit dans la présentation de l'épaule, beaucoup mieux connue que la version spontanée, s'accomplit presque exactement en vertu des mêmes lois que tous les autres mécanismes d'expulsion spontanée, et cette régularité dans l'expulsion est d'autant plus parfaite, que le fœtus approche plus des dimensions qu'il doit avoir à terme. Ainsi, on y retrouve l'analogue du premier temps de flexion, on y retrouve aussi l'engagement, la rotation, l'extension ; enfin même la rotation extérieure. Mais aussi ce mécanisme est d'autant plus difficile, d'autant plus dangereux pour la mère et le produit, que ce dernier a un volume plus considérable.

Fig. 254.

Fig. 255.

Pour décrire cet accouchement, je supposerai une présentation de l'épaule droite, *position céphalo-iliaque gauche.*

Immédiatement après la rupture des membranes, les parties diminuent de volume par la compression qu'elles éprouvent. Ce premier temps est l'analogue de la flexion dans la présentation du sommet, de la déflexion dans celle de la face, et de l'amoindrissement des parties dans la présentation de l'extrémité pelvienne.

Puis, l'épaule s'engage petit à petit ; et, à mesure qu'elle pénètre dans l'excavation, le fœtus exécute un mouvement de rotation qui place la tête sur la branche horizontale du pubis gauche, et l'épaule sous l'arcade pubienne. Après ce mouvement, le bras se dégage et vient sortir hors de la vulve ; quelquefois l'issue du bras a déjà eu

Fig. 256.

Fig. 257.

lieu avant cette époque. Quand la rotation s'est exécutée, le temps de descente du tronc se complète ; le flanc du fœtus est poussé dans l'excavation en glissant sur la symphyse sacro-iliaque droite, tandis que l'épaule reste immobile. Après le flanc, s'engage l'extrémité

pelvienne qui suit aussi la même direction. Enfin, le périnée bombe, et l'on voit successivement se dégager, à la commissure antérieure du périnée, la partie latérale et supérieure de la poitrine, le côté proprement dit, la hanche et l'extrémité pelvienne. A mesure que ces parties se dégagent, la tête et le bras gauche pénètrent dans l'excavation, mais ils en sont bientôt expulsés, et dans la plupart des cas, sans que la tête exécute son mouvement de rotation intérieur. En effet, elle se présente à des parties qui viennent d'être dilatées outre mesure, et elle n'est pas sollicitée par ces parties à accomplir ce mouvement de rotation.

C'est ainsi que les choses se passent quand le plan dorsal du fœtus répond en avant du bassin. L'expulsion est tout à fait la même ; mais il est encore plus facile, dans ce cas, de constater la régularité de l'accomplissement du mouvement de rotation extérieur, qui, dans toute présentation, doit ramener le plan postérieur du fœtus en avant. Ce mouvement s'accomplit ici avec une régularité parfaite ; on voit tout le fœtus, à mesure qu'il franchit la vulve, éprouver sur lui-même un mouvement de torsion qui ramène en avant le dos de l'enfant. Nægelé, le premier, a pu constater ce phénomène.

Fig. 258.

J'ai pu observer deux fois le mécanisme de l'évolution spontanée, une fois à la Maternité, et une fois à la Clinique, chez la nommée Cornillot, dans une grossesse gémellaire. Dans le premier cas, l'en-

fant n'était pas viable ; dans le second, celui des deux jumeaux qui fut ainsi expulsé était d'un très-petit volume et n'avait atteint que le terme de huit mois : il survécut à l'accouchement. M. Velpeau a rapporté un grand nombre de ces faits [1]. Dans quelques-uns même, les fœtus étaient parvenus au terme de la gestation. Denman en consigne une assez grande quantité ; le docteur Vandezan a aussi observé un fait de ce genre, le 30 juillet 1840 : mais on comprend facilement que, dans l'immense majorité des cas, à terme, cette expulsion ne pourra s'effectuer quand le bassin et le produit auront leurs dimensions normales, et que la mère, si l'art n'intervient pas, succombera le plus souvent sans accomplir son œuvre. On s'explique facilement aussi, pour la mère et pour l'enfant, tous les dangers d'une pareille expulsion. La longueur du travail, la compression à laquelle le produit est soumis, déterminent presque toujours sa mort ; et son passage forcé contond, dilacère plus ou moins les organes maternels ; enfin, les douleurs horribles et continues d'un pareil enfantement portent dans toute l'économie une perturbation à laquelle la femme ne peut survivre.

Le pronostic de cet accouchement est donc extrêmement fâcheux à terme : aussi ne saurait-on trop s'élever contre la pratique de Denman, qui confiait la plupart de ces expulsions à la nature. Sur cent trente-sept évolutions spontanées, d'après les relevés faits par M. Velpeau, cent vingt-cinq enfants sont morts, et combien de femmes ont succombé avant la terminaison de l'accouchement, ou bien peu de temps après ; combien aussi ont gardé, pendant toute leur vie, des infirmités plus déplorables que la mort même.

Avant terme, l'évolution spontanée peut s'effectuer avec moins de dangers pour la mère et pour l'enfant, surtout si le bassin est large, les contractions très-énergiques, le fœtus petit, et les parties peu résistantes. La primiparité, comme on le pense bien, sera un grand obstacle.

En résumé, cet accouchement ne s'accomplissant qu'en vertu de circonstances tout à fait exceptionnelles et compromettant presque toujours la vie de l'enfant et souvent celle de la mère [2], quand il s'accomplit, l'*accoucheur ne doit jamais rester simple spectateur dans un cas semblable,* à moins que le produit n'ait pas dépassé le terme de la viabilité.

[1] *Traité pratique de l'art des accouchements.* Paris, 1835, t. II, p. 256 et suiv.
[2] Voyez *Ruptures de l'utérus,* p. 836.

CHAPITRE PREMIER.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

—

L'art étant presque toujours, à terme, obligé d'intervenir dans cette présentation, je n'aurai pas à m'occuper des accidents qui peuvent la compliquer, comme je l'ai fait pour les trois précédentes présentations ; l'intervention nécessitée pour la présentation de l'épaule elle-même remédie en même temps à ses complications.

Mais j'aurai à envisager ces accidents sous le point de vue des difficultés qu'ils peuvent apporter dans la pratique des opérations que nécessite la présentation de l'épaule, et sous le rapport des modifications qu'ils font subir aux divers procédés.

Après le terme de la viabilité, et même avant s'il est possible d'intervenir utilement, l'accoucheur doit suppléer la nature ou l'aider.

ARTICLE Ier.

SUPPLÉER LA NATURE.

Les procédés que l'art met en usage pour suppléer la nature varient suivant que les membranes sont intactes ou rompues, et suivant d'autres circonstances que j'apprécierai à mesure qu'elles se présenteront.

§ 1. — Avant la rupture des membranes.

A. *Diagnostic de la présentation.* — Avant la rupture des membranes, à quels signes l'accoucheur reconnaît-il la présentation du tronc, et quelle conduite doit-il tenir? Lorsque la poche amniotique n'est pas rompue, la présence d'une épaule au détroit supérieur peut être reconnue aux signes suivants :

Par le palper abdominal, on constate que le grand diamètre de l'utérus n'est pas perpendiculaire, mais qu'il est transversal, et que la tête du produit, tumeur arrondie,solide, est située dans une des deux fosses iliaques.

Par le toucher vaginal, on arrivera à constater la présentation : d'abord par *exclusion*, on ne sentira au détroit supérieur ni le sommet, ni la face, ni l'extrémité pelvienne; et, de plus, la partie que le doigt peut atteindre est très-élevée, elle est acuminée et présente à son sommet une saillie osseuse, formée par l'acromion. De plus,

si la présentation n'est pas franche, on pourra sentir le coude, l'omoplate et les espaces intercostaux.

Tous ces caractères peuvent être très-bien appréciés au travers des membranes et permettent de constater facilement la présence de l'épaule au détroit supérieur. Mais il sera bien rare que, la poche amniotique étant intacte, on puisse reconnaître quelle est l'épaule qui se présente et dans quelle position est cette épaule. Cette dernière partie du diagnostic n'est pas fort heureusement d'une grande nécessité.

Il n'en est pas de même du diagnostic de la présentation, il faut que la présence du tronc soit reconnue au détroit supérieur, et, autant que possible, avant la rupture des membranes, afin de tâcher d'agir avant de les rompre si cela se peut, et en tout cas pour être préparé à agir aussitôt qu'elles seront rompues et que la dilatation sera complète.

Mais le peu de fréquence de ces présentations oblige à faire cette étude sur l'enfant mort placé dans un mannequin. Ce moyen, tout insuffisant qu'il paraît, est cependant le seul que les élèves aient à leur disposition, et il est important de ne pas le négliger.

Cet exercice a suffi à plusieurs de mes élèves pour leur faire reconnaître très-facilement plus tard des présentations du tronc qu'ils auraient certainement méconnues sans cela. On sait combien une erreur de diagnostic peut être, dans ce cas, préjudiciable à la mère et à l'enfant.

Cependant cette méprise est souvent commise par des médecins fort recommandables du reste, mais qui, n'ayant pas encore eu l'occasion de sentir une épaule au détroit supérieur, ne peuvent la reconnaître quand ils la rencontrent. En effet, on peut exercer dix ans, vingt ans même en faisant par année un certain nombre d'accouchements, sans jamais rencontrer cette présentation.

Dans la plupart des cas où j'ai été appelé pour terminer l'accouchement dans des présentations du tronc, il y avait eu méprise sur la présentation, elle n'avait été constatée qu'après l'issue du bras, alors qu'il n'est plus possible de la méconnaître. Presque toujours même, croyant à une présentation du sommet dont l'engagement avait besoin d'être activé, on avait, avant mon arrivée, administré du seigle ergoté; ce qui ajoutait encore aux difficultés de l'opération et à ses dangers.

Ce sujet me paraît d'une telle importance, que je citerai à la fin de cet article quelques faits à l'occasion des difficultés et des dangers que peut déterminer cette méprise.

B. *Diagnostic différentiel.* — On pourrait confondre de prime a-

bord la présentation franche de l'épaule, celle où l'acromion occupe le centre du détroit supérieur avec une variété de présentation pariétale du sommet; mais la forme du ventre, la difficulté que l'on éprouvera à atteindre la partie qui se présente, la forme mieux appréciée de cette partie, permettront de distinguer la présentation de l'épaule de celle du pariétal qui est plus abaissée, et au voisinage de laquelle on sent des sutures, des fontanelles, et cette résistance osseuse qui caractérise la tête. Un genou pourrait être pris pour un coude, dans le cas où un seul genou se présenterait; car s'il y en avait deux au détroit supérieur, la méprise ne serait pas possible, deux coudes ne pouvant jamais se présenter à la fois. Pour distinguer le genou d'un coude, il faut, si cela est nécessaire, introduire toute la main, rompre les membranes et étendre le membre qui se présente; on reconnaîtra alors très-facilement si c'est l'épaule ou l'extrémité pelvienne. Lors donc qu'on est certain qu'une épaule occupe le détroit supérieur, il faut intervenir. Dans ce cas, les membranes étant intactes, deux procédés peuvent être mis en usage : la *version céphalique*, ou la *version pelvienne*.

De la version céphalique.

La version céphalique est une opération dans laquelle on se propose de ramener la tête du fœtus au détroit supérieur quand une autre partie occupe ce détroit. Elle a été conseillée avant et après la rupture des membranes. Elle est, dans l'une et l'autre de ces circonstances, difficile à exécuter; mais si elle est très-favorable au produit et à la mère dans le premier cas, il n'en est pas de même dans le second.

On comprend facilement que la version spontanée, dont j'ai donné la description au commencement de ce chapitre, a dû donner l'idée de tenter d'obtenir le même résultat, à l'aide de manipulations extérieures, quand les membranes sont intactes.

Exécutée dans ces circonstances, cette opération, si l'on réussit à la produire, rendra au produit et à la mère un service important.

En effet, une fois que le sommet est ramené au détroit supérieur, on rompt les membranes, et l'accouchement sera aussi heureux pour le fœtus et la mère, qu'il l'aurait été si la tête se fût présentée d'elle-même. En un mot, on substitue à une présentation qui, abandonnée à la nature, aurait fait périr le produit et souvent aussi aurait compromis la vie de la mère, ou qui, changée par la version pelvienne, compromettrait l'existence de l'enfant une fois sur sept, une présentation céphalique, artificielle il est vrai, mais qui, opérée

dans l'intégrité des membranes, permettra une expulsion tout à fait naturelle.

Par quels moyens peut-on obtenir ce résultat? M. Velpeau conseille d'exécuter cette substitution de présentation à l'aide de manipulations extérieures. C'est par ce procédé que j'ai vu M. Colombe opérer cette version céphalique. Je l'ai faite aussi, avec mon ami le docteur Devilliers, sur une femme chez laquelle le fœtus jouissait d'une mobilité extrêmement remarquable. Mais il faut, pour que cette opération puisse être pratiquée, une réunion de circonstances difficiles à rencontrer ; il faut que le fœtus jouisse d'une grande mobilité, que les parois abdominales et utérines soient souples, peu épaisses et indolores, qu'il y ait peu d'eau dans la cavité utérine pour que les mains puissent embrasser les parties, et changer leur rapport avec facilité.

Avant tout, l'accoucheur qui constate une présentation de l'épaule doit faire coucher immédiatement la femme ; il doit l'engager à modérer ses efforts, afin de ne pas rompre les membranes avant la dilatation complète, ce qui s'opposerait à la version céphalique, et ce qui aussi, dans le cas d'insuccès de cette version céphalique, rendrait les conditions de la version pelvienne moins favorables par suite de l'écoulement du liquide et du retrait de l'utérus.

Cette précaution prise, on tâche de diagnostiquer la position; en effet, pour ramener la tête, il faut savoir où elle est située. Mais j'ai dit qu'avant la rupture des membranes le toucher ne pouvait guère éclairer cette question; dans le doute, que faire? Heureusement que les circonstances qui favorisent l'opération permettent aussi de constater la position; les mains appliquées sur l'abdomen pourront sentir, dans une fosse iliaque, une partie ronde solide, qui est la tête, et au point opposé de l'utérus, et en haut, de petites parties mobiles qui fuient sous les doigts, qui sont les pieds. L'auscultation pourra aussi éclairer un peu cette question : ainsi, on entendra le summum des battements du cœur en avant et en bas directement, et ils continueront encore à s'entendre dans la fosse iliaque opposée à celle où la tête est sentie, tandis qu'ils cesseront brusquement du côté de la tête.

Quand l'accoucheur croira avoir reconnu la position, alors seulement que la dilatation du col sera complète, il pourra commencer à agir. Mais pourquoi attendre la dilatation complète, puisque la main ne doit pas être introduite dans les parties pour extraire le produit? Le voici. Les manipulations extérieures, et surtout les efforts qu'on est souvent obligé de faire sur l'épaule, avec deux doigts appliqués sur les membranes, peuvent développer des contractions

sous l'influence desquelles les membranes pourraient se rompre ; et si la dilatation n'est pas complète, pendant tout le temps qu'elle mettra à s'achever, pour qu'on puisse agir par la version pelvienne, la version céphalique étant devenue impossible, les eaux s'écouleront, et l'intervention deviendra plus difficile. Ainsi donc, alors seulement que la dilatation sera complète et les membranes intactes, l'opérateur, à l'aide de manipulations extérieures, tâchera d'engager la tête dans le détroit supérieur, et de repousser en haut l'extrémité pelvienne : tel est le procédé donné par M. Velpeau. On conseille aussi de tâcher d'engager la tête avec une main appliquée à l'extérieur, tandis qu'avec quelques doigts de l'autre main introduits dans le vagin, on cherche à chasser l'épaule du détroit supérieur. Ce procédé est, en général, le plus facile et le plus souvent couronné de succès. C'est celui de M. Colombe.

Une fois que la substitution de présentation est effectuée, c'est-à-dire quand la tête est venue remplacer l'épaule, la main placée à l'extérieur maintient le fœtus dans cette position, tandis que l'autre, profitant d'une contraction utérine, déchire les membranes; le liquide s'écoule, la tête s'engage et l'accouchement est aussi favorable que si le sommet se fût présenté de lui-même. Mais il serait possible qu'on se fût trompé sur la position, et que, prenant l'extrémité pelvienne pour la tête, on eût ramené le pelvis au lieu de la tête. Certes, on n'aurait pas obtenu, dans ce cas, un résultat aussi avantageux que si l'on eût ramené la tête, l'accouchement par le pelvis, où il meurt un enfant sur douze ou quinze accouchements, étant bien moins favorable que l'accouchement par le sommet, où un seul enfant périt sur cinquante ; cependant il n'y aurait que peu de regrets à avoir : car si l'on n'eût pas ramené le pelvis, les membranes étant intactes, on aurait été obligé d'aller chercher les pieds en introduisant la main et en rompant les membranes, et alors la vie de l'enfant aurait pu être compromise une fois sur sept par cette extraction manuelle. Ainsi donc, quand bien même on ne pourrait pas reconnaître la position exactement, il n'en faudrait pas moins tenter la version céphalique à travers les parois abdominales et les membranes. La partie qu'on amènera au détroit supérieur sera toujours préférable à l'épaule.

Cette opération n'est pas toujours possible, même dans les cas qui semblent favoriser son exécution ; à plus forte raison doit-on rencontrer des obstacles insurmontables, quand ces conditions n'existent pas ; alors c'est à la version pelvienne qu'il faut avoir recours.

J'ai, comme je viens de le dire, quelquefois fait cette opération, mais rarement avec autant de facilité et de satisfaction que j'en ai

éprouvé dans le dernier cas, observé aussi par mon ami Richelot. Il s'agissait d'une dame, chez laquelle nous avions été obligés de faire la version pelvienne huit ans auparavant, à cause d'une présentation de l'épaule. Cette année (1860), pareille présentation se manifesta, nous pûmes la reconnaître au terme de huit mois et demi, et tout en feignant d'explorer la situation de l'enfant au travers des parois abdominales, pendant que je détournais l'attention de la patiente par quelques mots propres à éloigner de son esprit toute idée d'opération, j'exécutais la substitution de présentation en moins de temps que je n'en mets à écrire ces lignes. Le docteur Richelot ignorait, comme cette dame, ce que j'avais fait; mais lui qui venait de constater par le toucher la présence de l'épaule et du bras au détroit supérieur de la manière la plus manifeste, fut très-satisfait d'y trouver immédiatement une tumeur ronde solide toute différente, c'était la tête. Huit jours après, l'accouchement avait lieu spontanément, par le sommet, en position occipito-iliaque gauche antérieure.

Version pelvienne.

La version pelvienne pratiquée au moment où l'on rompt les membranes est d'une exécution facile et aussi favorable que possible au produit. Quelle main emploiera-t-on pour pratiquer cette opération? Le choix de la main est fait d'après la connaissance que l'on a de la position : le dos est-il en avant ou bien en arrière; les pieds sont-ils à gauche ou à droite? Mais j'ai dit que bien rarement il sera possible de reconnaître cette situation du dos et des pieds avant la rupture des membranes; alors comment établir le choix de la main?

C'est la main droite, comme dans toute version où la position est inconnue, qu'il faut employer : elle est introduite avec les précautions convenables; arrivée aux membranes, elle les rompt et pénètre jusqu'aux pieds qu'elle extrait. Si, ce qui est rare, quand le produit jouit d'une aussi grande mobilité, la main éprouvait quelques difficultés à aller saisir les extrémités inférieures, si elle s'adaptait mal aux parties fœtales, il faudrait, avant de la retirer, profiter de sa présence pour explorer la situation du fœtus, puis la retirer et introduire l'autre main.

§ 2. — Après la rupture des membranes.

Après la rupture des membranes, il n'est plus possible de songer à la version céphalique; la version pelvienne doit seule être tentée.

Parallèle de la version céphalique et de la version pelvienne.

En effet, toutes les conditions qui peuvent favoriser la version céphalique n'existant plus, le fœtus a perdu de sa mobilité par suite de l'écoulement plus ou moins complet du liquide amniotique, et alors il sera extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de repousser l'épaule du détroit supérieur pour y engager la tête. Bien plus, la force que l'opérateur serait obligé d'employer pour pratiquer cette opération déterminerait souvent les accidents les plus graves : rupture des attaches du vagin avec l'utérus, rupture de l'utérus lui-même.

Et encore, peut-on admettre que le produit lui-même sera dans des conditions bien plus favorables, en supposant qu'on ait pu ramener la tête au détroit supérieur, que si l'on pratiquait tout de suite la version pelvienne? Non, sans doute. L'écoulement des eaux et les complications qui peuvent se rencontrer dans la version céphalique ne la rendent pas plus favorable que la version pelvienne. En effet, l'accouchement, après l'écoulement des eaux, après des efforts multipliés pour ramener la tête de force au détroit supérieur, ne sera pas aussi favorable au produit que l'accouchement spontané par le sommet. Malgré l'opinion de Flamant, il est impossible de croire qu'il y ait parité entre ces deux modes d'accouchement par le sommet.

Dans l'accouchement spontané par le sommet, le fœtus est protégé contre l'effort des contractions par une couche de liquide amniotique, jusqu'au moment où les dernières parties fœtales sont expulsées.

Dans l'accouchement qui suit la version céphalique, le produit reste pendant toute la durée de l'expulsion exposé à la compression immédiate de l'utérus; mais ce n'est pas tout. La procidence du cordon, qui complique si rarement la présentation spontanée du sommet, se produit souvent dans les tentatives faites pour ramener la tête, et alors si l'on a réussi à la ramener, il n'est plus possible de livrer l'expulsion aux efforts spontanés, car l'enfant périrait victime de la compression du cordon. Il faut faire la version pelvienne si la tête n'est pas engagée, ou l'application du forceps dans le cas contraire.

Un bras ou les deux bras peuvent aussi être entraînés en même temps que la tête, et certainement, dans ce cas, l'accoucheur ne pourra pas rester simple spectateur de l'accouchement. L'engagement d'un bras seul avec la tête peut, il est vrai, permettre l'accouchement spontané dans des conditions favorables ; mais cet accident

exige l'intervention dans le cas qui nous occupe, car assez de circonstances fâcheuses se sont déjà réunies pour rendre l'accouchement moins favorable à la mère et à l'enfant, sans qu'on laisse subsister celle-ci, et il faut recourir à la version pelvienne. Il est inutile de dire que la présence des deux bras nécessiterait, à plus forte raison, l'usage du même moyen.

Il arrive encore qu'après des tentatives multipliées, très-douloureuses et dangereuses pour la mère, qui souvent par leurs conséquences, peuvent être fatales à l'enfant, on soit obligé de renoncer à la version céphalique et de lui substituer la version pelvienne : c'est ce qui arrivera le plus ordinairement. Croit-on alors que les conditions dans lesquelles on pratiquera cette version pelvienne seront aussi favorables que si l'on n'avait pas perdu un temps précieux, pendant lequel l'utérus, revenu sur lui-même, s'oppose à l'introduction de la main et à l'extraction du fœtus, et comprime le cordon ombilical.

Supposons encore que la tête ait pu être ramenée au détroit supérieur : aux premières contractions, elle peut quitter ce détroit pour faire de nouveau place à l'épaule, par suite de la tendance qu'a une présentation à se reproduire quand elle s'est déjà manifestée. Mais les contractions utérines, quand bien même la tête resterait au détroit supérieur, peuvent aussi être insuffisantes à terminer l'accouchement, et l'art est obligé d'intervenir, ou par la version pelvienne, ou par le forceps, suivant le degré d'élévation ou d'abaissement de la tête.

En présence de toutes ces raisons, qui ne manqueront pas de frapper, par leur justesse, tout esprit pratique, je n'hésite pas à me prononcer dans ces circonstances pour la version pelvienne, me réservant, à l'exemple de MM. Velpeau, Colombe, P. Dubois, d'insister davantage sur la version céphalique dans les cas seulement où le bassin est mal conformé.

En effet, la version pelvienne applicable à tous les cas, bien plus facile à pratiquer que la version céphalique, même quand les conditions qui favorisent cette dernière opération sont toutes réunies, plus inoffensive pour la mère et pour le produit lui-même, devra toujours être préférée. Elle peut être exécutée à toutes les époques du travail, elle suffit à elle seule à déterminer l'expulsion du produit, elle remédie à tous les accidents qui peuvent la compliquer elle-même. Ainsi la procidence du cordon peut se manifester dans le cours de cette opération comme pendant la version céphalique, mais quelle différence! Dans la version pelvienne, les pieds une fois saisis, l'accoucheur termine l'extraction du produit du même coup,

et le soustrait ainsi aux dangers qui le menacent. En est-il de même dans la version céphalique ?

Version céphalique dans les vices de conformation du bassin.

En résumé, ce ne serait que dans un cas de vice de conformation du bassin qu'on devrait tenter cette opération après la rupture des membranes. Entre deux maux, il faut choisir le moindre, et dans ce cas-là seulement, les tentatives nécessaires à l'accomplissement de cette opération pourront être légitimées. Quand le bassin rétréci peut permettre l'engagement spontané de la tête, la vie du fœtus sera moins souvent compromise que si on l'extrait par l'extrémité pelvienne, les difficultés du dégagement seront aussi moins graves pour la mère. Mais pour cette dernière, dans les cas de rétrécissement très-prononcé, où la perforation du crâne et la céphalotripsie seront indispensables, la version céphalique pourra rendre d'importants services. Elle permettra d'agir sur la tête, et de sauver plus promptement et plus sûrement la mère que par la mutilation du produit qui se présente par l'épaule.

Manuel opératoire de la version céphalique. — Les procédés qui ont été donnés par Flamant, M. Velpeau et M. Colombe pour pratiquer la version quand l'épaule est encore au détroit supérieur, sont les suivants :

Quand la position de la tête a été bien constatée par le palper abdominal et le toucher, l'accoucheur introduit quelques doigts de la main droite dans les organes maternels, et va les fixer sur l'épaule : soulève cette épaule, tâche de l'éloigner du détroit supérieur en la poussant vers le côté où répond l'extrémité pelvienne, afin de permettre à la tête de s'abaisser, pendant que, dans le même temps, il tâche d'engager cette tête dans le détroit supérieur avec la main gauche appuyée sur la tête, à travers les parois abdominales. Ce procédé est le plus facile, le moins douloureux et le plus inoffensif, c'est celui que j'ai déjà recommandé avant la rupture des membranes ; malheureusement, il n'est pas toujours couronné de succès après cette rupture. Le fœtus ne jouit plus d'une assez grande mobilité pour être facilement déplacé ainsi, et l'on est alors obligé de recourir à la version pelvienne et de subir les inconvénients qui en résultent.

Quant au deuxième procédé, il justifie tout ce que j'ai dit de la version céphalique ; à son exécution sont attachés toutes les difficultés et tous les dangers que j'ai énumérés plus haut.

La main dont la paume regarde le dos de l'enfant (le choix de la

main n'est pas rigoureusement indiqué) pénètre tout entière dans les organes maternels; arrivée au col utérin, elle soulève l'épaule, la repousse vers la fosse iliaque où sont situées les extrémités inférieures, puis elle saisit la tête par l'occiput et l'engage dans le détroit supérieur, et la maintient ainsi jusqu'à ce que les contractions utérines l'y aient bien solidement fixée; puis on abandonne le reste de l'expulsion aux efforts spontanés, ou l'on applique le forceps s'il n'y a pas de contractions utérines. Enfin, on se conduit comme dans le cas où un vice de conformation vient compliquer la présentation du sommet.

Si l'on songe à toutes les difficultés qu'on devra rencontrer dans une pareille opération, on ne s'étonne plus qu'on y ait presque renoncé de nos jours, même dans les cas de vices de conformation, et que les tentatives de l'école allemande pour mettre ce procédé de version céphalique en honneur n'aient pas trouvé beaucoup d'imitateurs chez nous.

Cependant il ne serait pas rationnel de la proscrire complétement, comme le font quelques accoucheurs; car il est certain que si elle peut être pratiquée dans un cas de rétrécissement du bassin, elle mettra le produit et la mère dans les circonstances bien plus favorables que la version pelvienne pratiquée dans les mêmes conditions, et qui est la seule ressource dans ce cas.

Version pelvienne dans les présentations du tronc.

Le premier soin de l'accoucheur appelé auprès d'une femme chez laquelle l'épaule se présente doit être de constater exactement si c'est effectivement une des régions latérales du tronc qui se présente, si c'est l'une ou l'autre épaule. Que ce soit l'acromion qui occupe le centre du détroit (présentation franche), que ce soit une petite portion du côté du cou et l'acromion (variété cervicale), que ce soit la partie du côté sur laquelle repose le coude de l'enfant (variété cubitale), que ce soit une petite partie du dos et l'acromion (variété dorsale), enfin le côté antérieur de la poitrine et l'acromion (variété antérieure), peu importe, le mode d'intervention sera le même; seulement le diagnostic de la présentation est plus facile dans les variétés que dans la présentation acromiale. (Pour ce diagnostic, voyez au commencement de cet article.) S'il restait encore du doute, il faut, à l'exemple de madame Lachapelle, introduire toute la main, et alors la présentation de l'une des deux régions latérales du tronc étant bien reconnue, il faut profiter de cette main pour constater quels sont les rapports du fœtus avec l'utérus, pour savoir de quel côté sont les pieds, et si le dos est en avant ou en arrière, car le

choix de la main que l'accoucheur devra introduire pour faire la version pelvienne, et la direction que cette main devra suivre, sont basés sur ces connaissances.

A. *Constater quels sont les rapports du produit avec le bassin.* — Pour diagnostiquer quels sont les rapports du produit avec l'utérus, l'accoucheur explore les parties qui occupent le détroit supérieur, tâche de les distinguer les unes des autres et de fixer leurs rapports.

Si la main entière a dû être introduite pour constater la nature de la présentation, rien n'est plus facile que de préciser la position ; mais si l'on n'a encore introduit qu'un doigt dans l'orifice, il faut une certaine habitude pour reconnaître les rapports de l'enfant avec le détroit supérieur. Ainsi, quand le doigt rencontre, à gauche de l'acromion, un creux dans lequel il s'engage avec facilité, surtout s'il peut atteindre l'oreille, ce qui est quelquefois possible, l'accoucheur doit conclure que ce creux est l'espace qui sépare l'épaule de la tête et que la tête *est à gauche;* si, revenant sur ses pas, il peut s'engager de l'autre côté de l'acromion dans un autre creux, l'espace axillaire, ce creux regardant toujours le côté où les pieds de l'enfant sont situés, il conclut encore de ce signe que la tête *est à gauche.*

Mais cela ne suffit pas pour que le diagnostic soit complet, il faut connaître également la situation du dos de l'enfant. Si les espaces intercostaux sont sentis en arrière, si l'omoplate est sentie en avant, le dos sera en avant, et en combinant ces deux signes avec les premiers, on aura :

Tête à gauche } épaule droite.
Dos en avant }

Si maintenant, la tête étant toujours à gauche, on sentait l'omoplate en arrière et le sternum en avant, le dos serait en arrière, et l'on aurait :

Tête à gauche } épaule gauche.
Dos en arrière }

Si, enfin, le creux du cou est senti à droite de l'épaule, si le creux de l'aisselle regarde à gauche, la tête *est à droite,* et suivant que l'omoplate sera sentie en arrière ou en avant, on aura :

Tête à droite } épaule gauche.
Dos en avant }

Tête à droite } épaule droite.
Dos en arrière }

Une fois qu'on a pu apprécier les différents rapports que je viens d'énumérer, il faut, par la pensée, se placer soi-même dans la position qu'on croit être affectée par le produit, pour avoir une représentation exacte de sa position.

Mais il n'est pas toujours facile d'apprécier les différents rapports de l'enfant avec l'utérus. Heureusement, dans les cas où l'épaule sera peu engagée et où la version sera facile, un diagnostic aussi précis ne sera pas indispensable. Quelques auteurs attachent une grande importance à ce que l'accoucheur sache très-exactement quelle est l'épaule[1] qui se présente. Selon eux, ce serait le nom de l'épaule qui déciderait le choix de la main : ainsi, l'épaule droite se présente, ce sera la main droite qu'il faudra introduire; pour l'épaule gauche, ce sera la main gauche. Mais tous les praticiens ne sont pas d'accord sur le choix de la main; les uns veulent qu'on emploie la main homonyme de l'épaule qui se présente, les autres veulent que ce soit l'autre. En présence de cette dissidence d'opinions, il est bien permis de croire que, dans les cas faciles, on agit aussi bien avec une main qu'avec l'autre. L'expérience m'a démontré que toutes les règles laisseront en défaut, dans la plupart des cas, ceux qui voudront s'y conformer. Voici la règle unique que ma pratique de trente années m'a démontré répondre à toutes les indications, quant au choix de la main.

Il suffit, comme je l'ai dit, de savoir de quel côté sont les pieds, et si le dos est en avant ou en arrière.

Les pieds sont à droite.
Le dos en avant.
Main droite introduite en arrière sous le fœtus (fig. 259).

Les pieds sont à gauche.
Le dos en avant.
Main gauche introduite en arrière sous le fœtus (fig. 260).

Les pieds sont à droite.
Le dos en arrière.
Main droite introduite en avant (fig. 263).

Les pieds sont à gauche.
Le dos en arrière.
Main gauche introduite en avant (fig. 261).

Si la main ne peut pénétrer jusqu'aux pieds, *changer la situation de la femme*, la placer sur les genoux et les coudes (fig. 262).

[1] Je dis épaule, car toutes les variétés de présentation du tronc, quand on n'intervient pas immédiatement, viennent sous l'influence des contractions se fondre dans la présentation acromiale ou de l'épaule. C'est cette partie qui, en définitive, vient occuper le détroit supérieur. Toutes les présentations du tronc peuvent donc se résumer aux présentations des deux épaules.

Alors le choix de la main est le même sans toutefois être rigoureux.

Pieds à droite, main droite; *pieds à gauche,* main gauche.

Mais si, connaissant qu'une épaule occupe le détroit supérieur, on n'a pu reconnaître la position, on pourra introduire la main dont l'usage est le plus familier; si l'on rencontrait trop de difficulté à parvenir jusqu'aux pieds, on retirerait cette main, mais non pas sans avoir exploré largement les parties fœtales pour constater leur position, et pouvoir guider plus sûrement l'autre main. Madame Lachapelle a donné, à ce sujet, un conseil qui peut très-bien être mis en pratique; il consiste à dégager le bras pour mieux préciser le diagnostic.

B. *Manuel opératoire.* — Supposons qu'on sache quelle est la position, comment procédera-t-on à l'opération?

Présentation de l'épaule droite. — Position céphalo-iliaque gauche.

La main gauche étant placée sur le fond de l'utérus, afin de le maintenir, la main droite, convenablement graissée, est introduite avec lenteur et ménagement dans les organes, en suivant les axes

Fig. 259.

des détroits qu'elle traverse. Arrivée au col utérin, elle s'engage entre l'épaule et l'angle sacro-vertébral, sans qu'il soit nécessaire

de repousser l'épaule. Puis, cheminant toujours entre le plan antérieur du produit et la paroi postérieure de l'utérus, elle pénètre jusqu'aux pieds, qui sont situés à droite; elle les saisit tous les deux, si cela est possible: mais, dans la plupart des cas, elle ne peut en amener qu'un à l'extérieur. Si un genou se présente à la main de l'opérateur, il devra s'en contenter. Le reste de l'extraction ne diffère en rien du deuxième et du troisième temps de la version pelvienne; seulement la version est beaucoup plus facile et la tête tend bien moins souvent à s'engager en même temps que l'extrémité pelvienne, que dans la présentation du sommet.

Présentation de l'épaule gauche. — Position céphalo-iliaque droite

La main gauche est introduite en-arrière entre l'épaule et l'angle

Fig. 260.

sacro-vertébral; les pieds sont saisis à gauche et engagés en arrière.

Présentation de l'épaule droite. — Position céphalo-iliaque droite.

Dans cette présentation c'est encore la main droite qui doit être introduite; elle ne doit plus passer derrière l'épaule, mais bien entre les pubis et cette épaule : aussi la version est-elle un peu plus difficile, la main renversée sur l'avant-bras étant dans une position plus gênante que dans le cas précédent. C'est pour obvier

à cette difficulté que quelques auteurs ont donné le conseil de passer encore la main en arrière et d'arriver aux pieds en contournant l'extrémité pelvienne. Pour que ce moyen puisse être mis à exécution, il faut que l'utérus ne soit pas trop rétracté sur le produit, sans cela il serait impossible à la main de cheminer entre les parties fœtales et l'utérus ; mais, dans ce cas, en relevant l'utérus avec la main gauche pour réduire son obliquité antérieure, on réussira encore mieux en allant directement aux pieds avec la main droite introduite en avant, qu'en parcourant un aussi long chemin.

Fig. 261.

Bien plus, dans les cas où cette rétraction serait très-énergique, ce ne serait que par un mouvement de progression directe qu'on pourrait aller aux pieds, et non en s'efforçant de contourner le siége du produit.

Cependant on ne peut pas nier que, dans les cas faciles, on ne puisse réussir, quel que soit le procédé qu'on mette en usage. Mais lorsque le dos étant en avant on n'aura pas pu pénétrer jusqu'aux pieds, avec l'une ou l'autre main, il faudra changer la situation de la femme, et l'on voit toutes les difficultés disparaître,

Ce procédé, conseillé en Allemagne, et que M. Kilan a fait représenter, consiste à placer la femme sur les genoux et les mains (à quatre pattes) et à introduire la main par derrière ; on arrive ainsi directement et avec la plus grande facilité vers les pieds.

quelque en avant qu'ils soient. Mon ami, le docteur Crouzet, appelé vingt-quatre heures après la rupture des membranes et l'administration du seigle ergoté, dans un cas semblable, après avoir tenté en vain les procédés habituels, ne put parvenir à extraire le produit que par le procédé représenté par la figure 262.

Fig. 262.

En 1846, faubourg Saint-Martin (voir page 874), dans un cas où je fus appelé par MM. les docteurs Dhuc et Lembert jeune; dans un autre où je me trouvai avec M. le docteur Lozes; en 1848, avec M. le docteur Froment, pour sa sœur; avec le docteur Guillemot; à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marrotte; à Melun avec M. le docteur Saint-Yves, chez la femme d'un employé de la préfecture; enfin cette année (1860), avec MM. Morel Lavallée et Richard; je n'ai pu réussir qu'en employant le procédé, sans aucun résultat fâcheux pour les femmes : il va sans dire que la plupart des enfants avaient succombé.

Dans quelques-uns de ces cas il y avait eu perversion des membres par suite des tentatives qui avaient été faites avant mon arrivée.

Je rapporterai en détail le fait de l'hôpital Sainte-Marguerite : La femme D... se présente dans cet établissement pour y faire ses couches. Les eaux étaient écoulées depuis quatre ou cinq heures lorsque l'interne de garde la touche; constatant une présentation du bras droit, il veut immédiatement pratiquer la version, mais ses

tentatives sont inutiles ; déjà la rétraction de l'utérus était assez vive pour s'opposer à l'introduction de la main. Marrotte, informé de ces circonstances, me fit prier, en l'absence de M. Denonvilliers, de venir en aide à cette femme. J'appliquai sur le bras fortement tuméfié et violacé de l'enfant un lacs que je fis retenir lâchement à l'extérieur, puis je pratiquai la version et terminai l'accouchement en quelques minutes. Quoique quinze heures se fussent écoulées depuis la rupture des membranes, l'enfant, contre toute prévision, était vivant.

Présentation de l'épaule gauche. — Position céphalo-iliaque gauche.

La main gauche est introduite entre les pubis et la partie antérieure de l'enfant, et dirigée à droite où elle saisit les extrémités inférieures du produit qu'elle engage en avant, et dans le cas où ce procédé ne serait pas couronné de succès, on introduirait la main par derrière (voyez fig. 263), comme ci-dessus.

Fig. 263.

L'épaule est profondément engagée, et le bras s'est dégagé à l'extérieur.

La version pelvienne peut s'effectuer depuis le moment où l'épaule ne s'est pas encore engagée, jusqu'au moment où elle repose

sur le plancher du bassin. Il est bien entendu que l'opération sera d'autant plus difficile, que cet engagement sera plus complet.

Pour les procédés à employer, voyez l'article précédent. Mais que fera-t-on du bras, quand il s'est dégagé à l'extérieur? devra-t-on le considérer comme un obstacle à l'exécution de la version, suivant l'opinion de certains auteurs, et alors tâcher d'en opérer la réduction ou en pratiquer l'amputation? Avant de débattre cette question fort délicate, et qui a soulevé de graves discussions dans tout le monde médical, en 1828, à l'occasion du procès qui fut intenté au docteur Hélie (de Domfront), il est indispensable d'établir le diagnostic différentiel de la présence du bras qui accompagne la tête, et de la procidence de celui qui accompagne l'épaule.

A. *Diagnostic différentiel de la présence du bras dans la présentation de la tête et dans celle de l'épaule.* — Quand le bras accompagne la tête, comme je l'ai dit, il s'engage d'abord bien moins profondément; puis, en suivant ce bras, on reconnaît le sommet ou la face aux caractères qui leur sont propres; tandis que dans les présentations du tronc, le bras, profondément engagé, pend déjà en dehors de la vulve, que l'épaule est encore assez élevée. Enfin, les signes qui servent à caractériser l'épaule après la rupture des membranes étant très-faciles à reconnaître, il ne sera guère possible de confondre ces deux accidents.

Maintenant, quand il est bien établi que le bras dégagé appartient à une épaule, il faut avant tout, au moyen de ce bras, reconnaître la position, et cela est très-facile. Il suffit de tourner la paume de la main qui pend à l'extérieur en haut vers les pubis, et le côté que regarde le pouce de l'enfant est le côté homonyme de l'épaule qui se présente.

Ainsi, si le pouce regarde à droite, c'est l'épaule droite qui occupe le détroit supérieur, et *vice versâ.*

Il est impossible que ce moyen induise en erreur, quel que soit le degré de torsion qu'on fasse subir au bras; toutes les fois que la paume sera ramenée en avant, le côté que regardera le pouce sera l'homonyme de l'épaule.

En plaçant son bras dans la même situation que celui du fœtus, on arrive immédiatement à la connaissance de la position, en tenant toutefois, comme ci-dessus, compte de la situation du dos.

B. *Mais que devra-t-on faire de ce bras?* — Doit-on le considérer comme un obstacle, et tenter sa réduction ou son amputation?

La présence du bras ne gêne presque jamais l'opérateur; bien loin

de là, il facilite la version. Aussi serait-il inutile de tenter sa réduction quand bien même elle serait praticable. Je n'insisterai pas sur ce procédé, je le regarde comme effacé de toutes les règles, et je ne m'occuperai pas non plus du précepte donné autrefois, et mis encore en pratique de nos jours par quelques matrones ignorantes, de tirer sur le bras. On comprend que les tractions, à moins que le fœtus ne soit extrêmement petit et ramolli par la putréfaction, et à moins que le bassin ne soit très-large, n'auraient d'autre résultat que de rendre la version plus difficile, impossible même en engageant profondément l'épaule.

Monteggia dit, à l'aide de ce procédé, avoir réussi à ramener la tête au détroit supérieur : quoique le fait ne soit pas impossible, cette pratique est tout à fait blâmable. Et, comme le fait observer M. Champion, on peut croire que la plupart des auteurs qui ont conseillé ce procédé ont confondu la présence du bras qui accompagne la tête avec celle du bras précédant l'épaule.

Quant à l'amputation du bras, les auteurs rapportent quelques exemples où cette amputation semblait indispensable; j'ai aussi trouvé plusieurs observations de ce fait dignes du plus grand intérêt dans un travail fort remarquable que M. Champion (de Bar-le-Duc) a publié sur cette matière, et qu'il a eu la bonté de me communiquer.

Dans ces cas, il a été possible, après cette amputation, d'extraire des enfants vivants et de sauver la mère [1], tandis qu'avant l'amputation, il avait été impossible de parvenir jusqu'aux pieds. Mais après la lecture de ces observations, on est en droit d'attribuer les difficultés qui s'opposaient à la version à la rétraction utérine, et non à la présence du bras, et l'on peut conclure aussi que si, après l'ablation du membre, il a été quelquefois possible d'aller aux pieds, cette possibilité de l'introduction de la main ne dépendit pas de l'amputation du membre, mais bien de ce que le spasme du col utérin avait cessé spontanément ou sous l'influence des moyens employés, et bien plus souvent encore par suite de l'épuisement de la mère [2].

[1] Un de ces faits qui occupa pendant longtemps le public médical, celui du docteur Hélie (de Domfront), condamné par la cour de Rouen pour avoir amputé les deux bras d'un enfant qui put ensuite être extrait vivant, ne peut être invoqué ici pour prouver que la mère ne succombe pas toujours, car ce n'est pas en désespoir de cause, mais parce qu'on crut à la mort de l'enfant qu'on pratiqua l'amputation avant l'épuisement de la mère.

[2] Deux fois dans la même semaine, en 1845, appelé auprès de femmes presque expirantes, j'ai pu avec une étonnante facilité faire la version, tandis que toutes les tentatives faites avant moi pour y réussir avaient échoué.

Les auteurs qui ont conseillé l'amputation du bras, M. Champion (de Bar-le-Duc) lui-même, ont été induits en erreur par les faits mêmes sur lesquels ils s'appuient. En effet, ils se fondent sur ce que des tentatives de version, infructueuses avant l'amputation du bras, sont devenues faciles après cette opération, et ils en concluent que, dans certains cas, ce moyen extrême est nécessaire.

Voici deux faits des plus significatifs, qui vont me permettre de mieux exposer les raisons sur lesquelles je me fonde pour soutenir l'opinion contraire.

Le docteur Lebrun, médecin à Argenteuil, me fit appeler pour délivrer une femme du village de Sannois ; cette malheureuse était depuis deux jours soumise aux tentatives réitérées et infructueuses de version faites par deux médecins qui avaient précédé M. Lebrun; à mon arrivée, je la trouvai étendue sur un lit de paille, dans une masure dans laquelle on avait étendue de la litière pour préserver les assistants d'un froid des plus rigoureux. Un quart d'heure après mon arrivée, la version était faite, sans que la patiente eût ressenti de douleurs et avec une facilité qui m'étonna et qui stupéfia les assistants; je leur donnai l'explication de cette singularité. La voici :

Tant que cette femme avait conservé quelques force, l'utérus avait pu réagir sur la main des opérateurs, au point de rendre la version impossible; à mon arrivée, la femme était parvenue à un état d'exténuation tel, que l'utérus s'était relâché. Les approches de la mort avaient amené chez cette pauvre femme un collapsus complet, qui m'avait permis de pénétrer dans la cavité utérine, quand, quelques heures avant, cela était impossible. *Tout est là.* En effet, supposons maintenant qu'en m'attendant on eût coupé le bras, on aurait certainement attribué à l'opération pratiquée cette facilité de l'introduction de la main survenant tout à coup après des tentatives inutiles. Ce sont des faits semblables, mal interprétés, qui ont induit en erreur.

Un dernier fait rendra cette explication plus évidente encore.

En 1846, un de nos jeunes confrères, appelé chez une blanchisseuse du faubourg Saint-Martin, par un médecin de ce quartier, pour l'aider à pratiquer la version dans un cas semblable, éprouvant quelques difficultés à introduire la main, attribua les difficultés à la présence du bras, et, sans s'inquiéter si l'enfant avait cessé de vivre, il amputa le bras. De nouvelles tentatives faites pour pénétrer dans l'utérus furent tout aussi inutiles après cette opération qu'avant, car au lieu d'un pied, l'autre bras, voisin de l'orifice, fut amené à l'extérieur.

Les choses en étaient là quand je fus appelé. Notre jeune con-

frère me sollicita vivement pour amputer le second bras, m'affirmant que je rencontrerais de sa part les mêmes difficultés que le premier bras amputé lui avait causées.

Comme on le pense bien, je ne me rendis pas à son désir, et ayant reconnu que le dos de l'enfant répondait en arrière, je fis placer la femme sur les genoux et les coudes, et j'introduisis la main d'arrière en avant.

Ce procédé, que la figure 262 représente, permet, dans ces cas, d'arriver aux pieds avec une bien plus grande facilité.

En suivant cette voie, la main, à moins que la rétraction de l'utérus ne soit trop énergique, arrive directement vers le fond de l'utérus, quel que soit son degré d'antéversion. Ce résultat n'est pas obtenu quand la femme est placée sur le dos ; dans ce cas, la main et le bras, pour aller chercher les pieds, sont obligés de se recourber fortement en avant, et cette attitude compromet le succès de l'opération.

Ainsi, dans ce cas, avec un changement de situation imprimé à la femme, la version fut pratiquée avec facilité, sans amputer le second bras et en retenant ce membre à l'extérieur ; si j'avais pratiqué l'amputation de ce deuxième bras, on aurait attribué la facilité de la version à cette ablation ; il en eût été de même si la version avait pu être effectuée avant mon arrivée et après la première amputation.

A ces deux faits, je pourrais en joindre un bien plus grand nombre, et qui tous ont eu pour témoins plusieurs confrères.

Aussi, m'étayant de l'autorité de madame Lachapelle, de la pratique de M. P. Dubois et de la mienne, je ne puis admettre que, dans aucun cas, la présence du bras puisse s'opposer à la version, et alors, après avoir épuisé tous les moyens propres à faciliter cette opération, si elle était encore impossible, et que la mère fût en danger, j'attribuerais cette impossibilité non à la présence du bras, mais à la rétraction utérine, et alors je me garderais bien d'amputer le bras, mais je pratiquerais l'embryotomie.

Car j'y reviens, la section du bras ne rendant pas la version plus facile, laisserait encore la mère et l'enfant voués à une mort certaine. En effet, on ne peut s'autoriser des quelques exemples si rares où l'enfant mutilé a pu être extrait vivant après cette amputation, puisque cette possibilité ultérieure de l'extraction n'a jamais pu avoir lieu que par suite de l'épuisement de la mère, après qu'elle a été sacrifiée par des tentatives réitérées et par la prolongation insolite du travail.

Il n'est qu'un cas où cette amputation du bras peut être néces-

saire, c'est quand on opère la section du tronc; ici la présence du bras peut, dans quelques cas bien rares, gêner l'opération. J'ai vu M. P. Dubois être une fois dans l'obligation d'agir ainsi. Cependant, dans ce cas même, il faudrait bien se garder de pratiquer cette amputation si elle n'était pas indispensable, car on se priverait, en enlevant ce bras, d'un excellent moyen de traction, une fois que la section est opérée.

En résumé, je ne puis comprendre comment cette amputation du bras peut rendre le passage de la main plus facile, puisque l'obstacle qui s'oppose à l'introduction de la main dépend de la rétraction de tout l'utérus; il en serait de même si l'obstacle n'était dû qu'à la contraction du col utérin. Et bien plus, loin que la présence du bras soit un obstacle à l'exécution de la version, dans la plupart des cas, elle la favorise. En effet, le bras permet d'établir le diagnostic avec précision, il sert à diriger l'introduction de la main; puis en le maintenant par un lacs on empêche son redressement, et par suite on n'est pas obligé d'en pratiquer le dégagement, c'est un obstacle de moins à l'extraction de la tête; enfin, les tractions qu'on exerce sur cette partie en même temps que sur les pieds, alors seulement que les pieds ont été amenés à l'extérieur, facilitent l'engagement et la rotation des épaules.

Il faut donc placer sur le poignet de l'enfant un lacs de laine (il risque moins de contondre les parties fœtales que celui qui serait de toile), confier l'extrémité de ce lacs à un aide, puis pratiquer la version comme si le bras n'occupait pas le vagin et le col utérin.

Une fois que les extrémités inférieures sont saisies, l'aide maintient le lacs assez lâchement, pendant le temps d'évolution, pour que le bras puisse rentrer en partie dans les organes, et puisse suivre ainsi le mouvement imprimé au tronc. Une fois que les pieds ou un pied de l'enfant est engagé dans le vagin, l'opérateur saisit alors le lacs et le pied avec les deux mains, et exerce des tractions sur ces deux parties. Le bras arrive ainsi au dehors accolé au tronc de l'enfant, et ne peut se redresser sur les côtés de la tête, etc., etc.

La version pelvienne est impraticable.

Mais la rétraction du corps de l'utérus et les contractions spasmodiques du col utérin peuvent être tellement énergiques, que la main ne puisse être introduite dans les organes, et que l'évolution du produit ne puisse être effectuée, quand bien même on aurait pu pénétrer jusqu'aux pieds.

Que faire alors, pour sauver l'enfant et la mère, et rendre la ver-

sion praticable? C'est, dans ce cas, que les huitièmes de lavements laudanisés, dix, quinze, vingt gouttes de laudanum de Sydenham de demi-heure en demi-heure, que les embrocations sur le ventre avec parties égales d'huile d'amandes douces et de laudanum, que la saignée générale, le bain tiède pourront être fort utiles. M. Champion a proposé aussi d'injecter, dans ce cas, une décoction mucilagineuse de graine de lin et de tête de pavot, jusque dans l'utérus, autant pour stupéfier que pour lubrifier les parois utérines, et de placer la femme sur le côté ou même sur les genoux et les mains, au moment où l'on pratique la version, pour soustraire l'utérus à l'action des muscles abdominaux, et surtout pour que l'accoucheur puisse franchir en droite ligne le détroit supérieur, sans fléchir le poignet et l'avant-bras, comme cela est indispensable quand les pieds de l'enfant sont en avant, et que la femme est placée sur le dos. Si à l'aide de ces moyens on ne peut pratiquer la version, l'accoucheur, surtout si l'enfant est vivant, doit profiter alors des exemples que la nature nous donne, et tâcher de produire artificiellement ce qu'elle détermine spontanément (*l'évolution spontanée*), qui prend alors le nom d'évolution forcée.

Pour pratiquer l'évolution forcée, l'épaule étant fortement engagée et fixée sous le pubis, le tronc de l'enfant replié sur une de ses faces latérales, il faut introduire la main dans la concavité du sacrum, et tâcher d'attirer les fesses en exerçant des tractions à l'aide des doigts fixés dans la duplicature du tronc; autrement dit, déterminer artificiellement l'évolution du produit dans la concavité du sacrum (voyez fig. 254, 255 et suiv.). A défaut des doigts, on pourrait se servir d'un crochet qu'on irait fixer aussi dans le même lieu. C'est à l'aide de ce dernier procédé que M. le docteur Testelin (de Lille) a pu terminer heureusement pour la mère deux accouchements dans lesquels la version avait été impossible [1]. Il aurait trouvé dans ces deux opérations plus de facilité qu'on n'aurait dû s'y attendre, et il préfère de beaucoup l'évolution forcée à l'embryotomie.

M. Pamard [2] rapporte aussi un fait dans lequel il a pu opérer cette évolution forcée avec le crochet d'une branche de forceps; presque toujours l'évolution forcée, dans les cas rares, où l'enfant n'a pas cessé de vivre, cause sa mort, surtout si l'on est obligé de se servir du crochet. Cet instrument détermine souvent l'éventration, mais

[1] *De la présentation du bras*, extrait du *Bulletin de la Société centrale de médecine du département du Nord*. Lille, 1847.

[2] *Abeille médicale*, 25 décembre 1852.

ce fait ne doit causer aucun regret, car l'éventration ou l'embryulcie font partie des procédés auxquels on doit avoir recours dans l'insuffisance des premiers.

Cette évolution forcée, que Peu a mise plusieurs fois en pratique, que Monteggia (de Milan) expérimenta aussi avec succès, sur lequel ont aussi insisté d'Helmstad, les docteurs Douglas et Robert Lee [1], bien qu'il compromette le plus ordinairement la vie du produit, quand ce dernier a, par exception, résisté à la longueur du travail et aux tentatives qui ont précédé l'évolution forcée, est cependant la seule chance qui reste à l'enfant. Dans tous les cas, que l'enfant soit vivant ou mort, toutes les fois qu'on rencontrera réunies les conditions qui permettent de pratiquer cette opération sans danger pour la mère (terme peu avancé, petitesse du produit, largeur du bassin, extensibilité des parties molles), elle devra être de beaucoup préférée à l'embryotomie, section du tronc toujours préférable à la section du cou; non que cette dernière opération soit ni difficile pour l'accoucheur, ni dangereuse pour la mère, quand elle est pratiquée à l'aide des grands ciseaux de P. Dubois, mais dans la crainte qu'après la section du cou on ne rencontre des difficultés sérieuses pour dégager la tête restée seule dans la cavité utérine, dont le col est rétracté; difficultés quelquefois si graves, qu'elles n'ont pas toujours pu être surmontées.

Si le fœtus est volumineux, si le bassin n'a que ses dimensions normales, surtout s'il est rétréci, le passage forcé du produit se développant dans l'excavation, compromettra plus ou moins gravement les organes maternels et quelquefois les jours de la mère. Aussi l'impossibilité de la version étant bien constatée, des tentatives d'évolution forcée ayant été faites sans succès, je n'hésiterais pas à pratiquer l'embryotomie quand même l'enfant aurait résisté jusqu'à ce moment à la constriction de l'utérus et aux tentatives d'extraction, ce qui n'est guère admissible et si par le plus grand hasard il vivait encore ce ne serait que par suite des relations circulatoires qui l'unissent à sa mère, et il ne serait plus apte à vivre de la vie extérieure par suite de l'altération profonde de ses organes.

En agissant ainsi, on pratique l'opération en temps utile, alors que la malade a conservé assez de force pour la supporter, et pour résister aux accidents qui peuvent compliquer les couches, et l'on n'éternise pas ses souffrances dans la crainte de porter atteinte à la vie d'un enfant *vivant*, qui déjà n'est plus *viable*.

[1] *Lettre de M. Champion sur l'accouchement par le bras*, 1828.

De l'embryotomie dans les présentations du tronc.

Deux procédés ont été conseillés dans cette circonstance : ils consistent à opérer la section du cou ou celle du tronc par son milieu, à faire ou la section oblique du thorax, ou enfin l'embryulcie.

Section du cou de l'enfant. — Le procédé de détroncation attribué à Celse, et que j'ai vu plusieurs fois mis en pratique à la Clinique par M. le professeur P. Dubois, est le plus ordinairement le plus facile et suivi d'un prompt résultat, mais le séjour de la tête dans l'utérus peut donner lieu à de telles difficultés, à de tels dangers pour la mère que j'y ai complétement renoncé. Voici au reste le procédé que j'ai vu suivre par M. Dubois et que j'ai suivi moi-même autrefois.

Après avoir bien constaté la situation des parties fœtales, il introduit la main gauche dans les organes maternels, que la tête soit *à gauche*, ou qu'elle soit *à droite*. Puis saisissant un crochet mousse de la main droite, il le glisse sur la main introduite et le fait pénétrer jusqu'au cou de l'enfant, sur lequel il tâche de le fixer. Puis alors, retirant la main gauche, il saisit le crochet et le bras à deux mains, et exerce des tractions assez énergiques dans le but d'abaisser autant que possible le cou de l'enfant. Lorsque le cou lui paraît assez bas pour être accessible à l'instrument tranchant, il confie le manche du crochet à un aide qui est chargé de le maintenir solidement; puis, il réintroduit la main gauche dans les parties et va fixer l'extrémité des doigts sur le point où il veut opérer la section du cou. Cela fait, il saisit de la main droite les grands ciseaux courbes sur le plat, dont j'ai déjà parlé, les glisse sur la main gauche jusqu'aux téguments du fœtus, qu'il incise petit à petit en écartant très-peu les lames de l'instrument, précaution indispensable pour ne pas risquer de comprendre les parties de la mère dans les mors des ciseaux. Quand la décollation est achevée, des tractions sur les bras suffisent pour extraire le tronc; il ne reste plus que la tête, qu'on extrait en introduisant un doigt dans la bouche et en l'engageant par les plus grands diamètres du bassin, ou à l'aide du forceps; mais cet instrument est bien rarement nécessaire. C'est ainsi que j'ai vu M. P. Dubois pratiquer cette section du cou, et non en fixant le cou de l'enfant *avec la main en forme de crochet;* car il est tout à fait impossible d'abaisser assez le cou avec la main seule pour pouvoir en opérer la section.

Je ne suis pas surpris que M. Cazeaux n'ait pas pu réussir en employant ce procédé.

Cependant il peut arriver que, même à l'aide du crochet, on ne

puisse pas abaisser assez le cou pour agir facilement et sûrement sur lui : dans ce cas, la méthode de Davis doit être employée. J'ai aidé une fois M. P. Dubois à pratiquer cette dernière opération que depuis j'ai pratiquée bien souvent. Après avoir fixé le crochet sur le milieu du corps on incise le tronc par sa partie médiane, toujours à l'aide des grands ciseaux. La section successive des parois de la poitrine est faite d'abord petit à petit. Puis arrivé sur la colonne vertébrale, on l'incise d'un seul coup, et après cela on recommence encore de nouveau à agir lentement et à petits coups, ayant soin de placer l'extrémité de la main gauche derrière les parties fœtales, afin de ne pas léser les parties maternelles avec l'extrémité des ciseaux, en terminant la section de la paroi de la poitrine située en arrière du bassin.

La séparation des parties une fois opérée, il faut bien se garder de tirer sur le bras, comme on doit le faire après la section du cou. En effet, en tirant sur le bras, on s'exposerait à engager ensemble dans l'excavation la tête et la partie supérieure du tronc avec la partie inférieure. Or, ces parties, qui sont de plus en plus volumineuses, la *poitrine*, les *épaules*, enfin la *tête*, ne pourraient être extraites qu'avec des efforts très-considérables et très-douloureux pour la mère. Au contraire, il faut extraire en premier lieu la partie inférieure du tronc qui, se terminant par les pieds, devient de plus en plus mince à mesure qu'elle est extraite, et glisse très-facilement. Les doigts, en forme de crochet, suffiront le plus souvent pour extraire cette partie ; après cela, il sera facile d'extraire la poitrine et la tête en tirant sur le bras : le plus ordinairement après la section du cou, dans le premier procédé, la tête, restée seule, est facilement extraite; mais il faut bien savoir cependant que la rétraction du col utérin oppose souvent une très-vive résistance au dégagement de la tête. C'est pour cela que j'ai complétement renoncé à la section du cou et que je préfère beaucoup la section du tronc directement ou la section oblique de la poitrine, à la détroncation. En effet avec le bras uni à la tête vous avez une prise solide sur cette tête, pour l'extraire si elle résiste trop, le bras sert à la fixer sur le détroit supérieur et permet de la saisir à l'aide du forceps. Au contraire dans la section du cou on est privé de cet auxiliaire puissante et si le col utérin vient à se rétracter spasmodiquement, la tête se trouve enfermée dans l'utérus, très-difficilement accessible aux instruments, forceps, céphalotribe, crochets. L'extraction de cette tête constitue quelquefois une difficulté insurmontable, ou qui ne peut l'être que par des manœuvres longues, douloureuses et souvent mortelles pour la mère, même dans les mains les plus habiles.

Voyez *Obstacles dus au col de l'utérus*, page 494.

Un fait récent, qui a été suivi d'une condamnation à une année de prison et mille francs d'amende, condamnation tout à fait imméritée, fournit un exemple frappant des dangers de la décollation, qui dans ce cas malheureusement était inévitable, et sert à démontrer qu'il faut tout faire pour l'éviter.

M. Lepilleur, officier de santé à Boulogne, près Paris, choisi comme accoucheur par la femme E..., suit sa grossesse, au terme de laquelle, dès les premières douleurs de l'accouchement, avant la rupture des membranes et l'entière dilatation du col, il constate une présentation de l'épaule.

Instruit de la nature de la présentation, M. Lepilleur ne perd pas sa cliente de vue, vient la visiter plusieurs fois dans la journée et la soirée du 16 octobre 1858, afin de profiter du moment où la version pourra être faite dans les conditions les plus favorables; et, en effet, dès qu'il reconnaît que la dilatation du col est complète, la poche des eaux rompue, il procède à la version pelvienne, conformément aux préceptes de l'art.

Au moment de la rupture des membranes, la main de l'enfant s'étant engagée, il la tire au dehors afin de pouvoir mieux apprécier dans quelle position se trouve la présentation, et il y fixe un lacs, un cordon; ces précautions constituent un premier grief contre l'opérateur.

Il a mis un cordon sur le poignet de l'enfant pour tirer dessus, a-t-on dit.

Le siége extrait, le bras qui était resté dans l'utérus dégagé, M. Lepilleur, toujours conformément aux préceptes de l'art, glisse sa main sous le tronc du produit pour placer deux doigts sur sa mâchoire inférieure et aider aux tractions qu'il exerce de l'autre main sur ses épaules. Mais il rencontre une rétraction si énergique du col de la matrice sur le cou de l'enfant, qu'il ne peut parvenir aussi haut.

L'enfant était-il mort depuis plusieurs jours? a-t-il succombé pendant l'opération? peu importe; dès que nous savons que son salut est impossible, attendu qu'aucun enfant ne survit en pareil cas, quand l'extraction ne peut être rapide, que quelques secondes de retard le feront périr infailliblement, et que la rétraction du col détermine souvent un retard de plusieurs heures.

N'ayant dès lors, ne pouvant avoir un autre but que de délivrer la mère, M. Lepilleur exerce des tractions sur le tronc de l'enfant. Mais arrêtons-nous, car nous sommes en présence de la seconde faute de M. Lepilleur. En effet, un témoin, M. ***, docteur-vérificateur des décès, *qui exerce dans la même commune*, a été d'avis qu'au lieu d'en agir ainsi, M. Lepilleur eût dû simplement faire appeler un docteur pour appliquer le forceps.

Quoi! appliquer le forceps sur une tête placée au détroit supérieur dans l'utérus, quand le tronc bouche l'excavation, quand le col de la matrice est tellement rétracté sur le cou de l'enfant, que deux doigts ne peuvent atteindre sa mâchoire inférieure! Mais nous autres accoucheurs spéciaux, jamais nous n'avons pu, ni à l'hôpital, ni à la ville, appliquer le forceps dans de pareilles circonstances. Il en est autrement, j'en conviens, quand l'allongement préalable du cou de l'enfant, permet aux épaules de sortir au dehors. Mais encore l'opération est-elle fort difficile et demande-t-elle une main très-exercée, tant que la tête demeure dans l'utérus.

Je suis donc autorisé à croire, que si notre confrère a pu, comme il le dit, exécuter l'application du forceps dans des cas analogues, c'est tout simplement que le cou s'était allongé, à moins qu'il ne se soit agi d'une tête dégagée de l'utérus et déjà parvenue au détroit inférieur, cas dans lequel l'application du forceps est d'une telle

facilité, qu'on la ferait en tournant le dos à la femme. Mais alors l'extraction manuelle de la tête présente si peu de difficultés, qu'il n'est jamais besoin de recourir à l'instrument, la main suffisant toujours seule. Quant à moi, dans ce dernier cas, et mon expérience est le résultat de vingt-cinq années de la pratique la plus assidue, que l'enfant soit vivant ou mort, je n'use jamais du forceps, attendu que la main réussit mieux et plus promptement, le temps qu'on perd en recourant au forceps étant presque toujours funeste à l'enfant.

Imbu de ces préceptes, sans nul doute, et sachant bien que le forceps n'était ici d'aucun secours avant l'allongement préalable du cou, conformément aux meilleures règles, M. Lepilleur exerce donc, sur le tronc, des tractions qui souvent suffisent à vaincre la résistance du col de la matrice, et qui, dans tous les cas, peuvent seules permettre l'application du forceps ou du céphalotribe. Mais il avait affaire à une rétraction du col de la matrice, tellement vive, que tous ses efforts n'aboutissent qu'à déterminer la luxation des vertèbres cervicales et l'allongement du cou; résultat qu'il n'avait, du reste, aucune raison sérieuse de craindre, et qu'il pouvait même désirer comme étant le seul moyen de rendre possibles les opérations ultérieures.

Voilà ce qu'a fait avec beaucoup de raison, M. Lepilleur, avant de recourir comme on l'aurait voulu, à une application immédiate du forceps, qui eût été impraticable. — Continuons à suivre les faits.

Il est fort difficile de proportionner les tractions à la solidité des tissus du produit, et j'ai vu, plus d'une fois, la tête demeurant dans les organes maternels, l'opérateur surpris par la brusque rupture des vertèbres et des tissus, aller tomber en arrière avec le tronc de l'enfant entre les mains.

Se prémunissant avec raison contre le ridicule de cet accident, et se conformant en même temps à un précepte posé par tous les bons auteurs, à savoir : — Que les opérations obstétricales ne doivent jamais revêtir les caractères de la violence, — M. Lepilleur prend les ciseaux de sa trousse, et fait la section de téguments qui ne présentaient plus assez de solidité pour être d'aucune utilité dans l'extraction de la tête. — Que pouvait-il faire de mieux en effet? — Je me trompe. — Que pouvait-il faire de pire? Car ce malheureux coup de ciseaux si innocent, constitue le troisième grief de la prévention, et, au fond, l'affaire tout entière.

Lors de la constatation du décès de l'enfant, le médecin-vérificateur, trompé par les apparences, en conclut qu'il y avait eu détroncation, parce que quelques-uns des téguments du cou présentaient une coupure nette, l'autorité demanda sur ces faits un rapport à MM. Dubois, Danyau et Tardieu : ces docteurs, les pairs de M. Lepilleur, approuvent sa conduite, et une ordonnance de non-lieu fut rendue.

Considérant bien à tort ce coup de ciseaux comme une opération, on avait dit : *Les opérations chirurgicales ne sont pas du domaine des officiers de santé; or, vous êtes officier de santé, et vous avez effectué la détroncation à l'aide de ciseaux, c'est-à-dire une opération chirurgicale, donc*, etc., etc. — Mais, je me hâte d'affirmer, et Dieu merci, je suis en bonne compagnie dans cette opinion, comme on vient de le voir, que ce dont on fait le reproche à M. Lepilleur, n'est ni une détroncation, ni une opération chirurgicale.

Cette opinion de MM. P. Dubois, Tardieu et Danyau, s'est trouvée concorder de point en point quant à la doctrine, avec la déposition qu'a faite M. Desrivières et celle que j'ai eu à faire devant le tribunal; à savoir : que la section du cou est physiquement impossible avec des ciseaux de trousse, qui sont bons seulement pour couper du sparadrap ou l'épiderme d'un vésicatoire, mais sont parfaitement insuffisants pour couper les vertèbres, attendu que cette opération, que j'ai eu trop d'occasions d'exécuter dans ma carrière médicale, exige le développement d'une grande force, et ne peut être exécutée qu'avec l'aide de grands ciseaux, longs comme des forceps,

courbes sur plat, et doués d'une puissance considérable; ces ciseaux sont dus à l'invention de M. P. Dubois. Voilà ce que l'expérience enseigne à tous les accoucheurs.

Quant à l'action de couper quelques téguments sur un *enfant mort*, en faire une opération chirurgicale en dehors du domaine des officiers de santé, j'oserai dire que c'est presque une plaisanterie. — Quoi ! il faut pour pratiquer la section de ces lambeaux sans vie, un docteur ! — Mais, en vérité, le docteur que vous feriez venir pour une semblable besogne, s'en offenserait avec quelque raison.

J'ai dit plus haut qu'avec un peu plus de violence, un peu plus de maladresse, M. Lepilleur aurait, comme il arrive si souvent en pareil cas, séparé violemment le tronc de l'enfant de sa tête, sous le seul effort des tractions. — Que n'a-t-il été maladroit ! On ne l'accuserait pas d'avoir fait une opération chirurgicale, et il n'aurait pas connu tous les déboires dont cette affaire a été la source pour lui.

Y avait-il lieu pour lui de faire la section des téguments qui liaient encore le tronc à la tête de l'enfant ? — Oui.

En effet, s'il peut être très-utile, en pareil cas, de conserver les téguments intacts, pour faciliter les opérations ultérieures, résultat qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir, ainsi que je l'ai dit plus haut, il est également vrai que la conservation de téguments sans solidité, n'est d'aucun avantage et ne peut que devenir une cause d'embarras. — Or dans le cas présent, l'enfant étant, selon toute apparence, mort depuis plusieurs jours, ses téguments devaient naturellement avoir trop peu de consistance, pour servir à fixer la tête sur le détroit supérieur, il fallait donc les couper pour débarrasser la femme du tronc de l'enfant qui pendait entre ses jambes, afin qu'elle pût prendre quelque repos; cette précaution était d'autant plus nécessaire, que le tronc dont l'épiderme s'enlevait, devait, exposé à l'air libre, nécessairement exhaler une odeur fétide, résultat de la putréfaction qui ne devait qu'augmenter avec le temps.

Je vais plus loin. — Au point où en étaient les choses, M. Lepilleur, dont jusqu'ic nous n'avons pas un seul instant trouvé la prudence en défaut, devait prévoir d'une manière positive, sinon certaine, l'impossibilité d'extraire la tête de l'enfant sans instruments, et par conséquent la nécessité d'appeler un docteur, c'est-à-dire la nécessité d'une attente assez prolongée ; il devait savoir, il savait, nous l'allons voir tout à l'heure, que l'expectation est recommandée en pareil cas. — Et on aurait voulu qu'il laissât, et sans aucune utilité, la patiente dans l'état dont je viens de parler ! Qu'avec le corps de son enfant, il la couvrît dans son lit, dont la chaleur aurait hâté la putréfaction ! — Mais, en vérité, il y aurait eu de la barbarie à en agir ainsi, et quant à moi, alors même que M. Lepilleur aurait, dans cette circonstance, ce qui n'est pas, quelque peu outre-passé ses pouvoirs, en vue du bien-être et du repos qu'il allait procurer à la malheureuse femme, je ne pourrais que l'absoudre et même l'approuver, au point de vue de l'humanité.

La femme étant débarrassée du tronc, M. Lepilleur fait une dernière tentative pour extraire la tête, et parvient à faire pénétrer deux doigts jusqu'à la mâchoire inférieure. — Mais la résistance est trop grande, les ligaments trop peu solides, la mâchoire cède. — Alors, il prend le parti de l'expectation, place la femme dans la situation la plus convenable pour qu'elle puisse goûter quelque repos et ordonne un bain.

Il n'y avait pas autre chose à faire, et nous avons tous vu le bain et quelques heures d'expectation, dans ces conditions, être souvent suivis du relâchement du col et de l'expulsion spontanée de la tête. — N'ignorant pas ces faits, M. Lepilleur pouvait espérer un résultat semblable. — Quant à moi, je déclare ici comme je l'ai fait devant le tribunal que si j'étais arrivé plus tôt, j'aurais fait ce qu'il a fait, j'aurais attendu.

La distance, la nécessité de se procurer les instruments nécessaires : céphalotribe, ciseaux de Smellie, grands ciseaux à débrider le col, etc., exige un certain laps de temps, pendant que la femme et M. Lepilleur prenaient quelque repos, madame Lepilleur elle-même vint à Paris chercher notre habile collègue, M. Desrivières, professeur d'accouchements.

M. Desrivières arrive à neuf heures du matin. Il fait quelques tentatives d'extraction pendant la journée, mais la résistance est encore telle qu'il désire que je lui sois adjoint; la voiture qui l'avait amené m'est expédiée en toute hâte ; je n'étais pas chez moi; elle me rejoint à mon jardin d'Issy, non loin de Boulogne. J'arrive à six heures et demie du soir.

A huit heures nous repartions pour Paris après avoir pratiqué la céphalotripsie en différents sens, extrait la tête par fragments, opéré l'extraction du délivre, et surveillé la femme pendant une bonne heure, enfin, après nous être assurés du retrait de l'utérus, et avoir constaté qu'il n'existait aucun danger d'hémorrhagie.

A partir de ce moment, la femme, privée de tous soins intelligents, resta dans une salle basse, à un mètre au-dessous du sol, et pavée de carreaux humides, elle descend, pendant ses suites de couches, pieds nus sur le carreau et succombe enfin le troisième jour à une métro-péritonite, et non pas immédiatement après l'opération, comme le donnerait à entendre le jugement. Ce qui est tout différent.

Il est cependant une faute commise par M. Lepilleur, et par M. Desrivières, sur laquelle je dois m'arrêter avant de terminer. Faute grave en ce qu'elle compromet toujours, aux yeux des gens du monde, non pas la patiente, mais celui qui commet cette faute.

Avant mon arrivée, ces messieurs, pensant qu'un crochet disposé d'une certaine manière pourrait être de quelque utilité dans leurs tentatives, en firent forger extemporanément un tout semblable à ceux signés Charrière, Luer, Mathieu, etc., mais qui ne sortait que d'une usine à gaz.

L'accusation s'est encore emparée de ce fait : *On a forgé dans l'usine à gaz un crochet !* Quel délit ! Voilà bien une grande preuve de ce que j'ai si souvent entendu dire à M. Dubois, de ce que j'ai toujours dit à nos élèves de la clinique, de ce que nous avons tous consigné dans nos traités d'accouchement : « *Ne vous servez jamais* « *que des instruments faits* ad hoc *par des gens qui ont la notoriété. — Ne détour-* « *nez jamais un instrument destiné à des usages vulgaires, pour le faire servir* « *utilement, non, car il y a dans cette substitution quelque chose qui révolte les* « *gens du monde malgré eux, qui obscurcit tout à fait leur jugement et les force* « *à ne voir dans cet usage qu'un acte de sauvagerie.* »

C'est en s'armant d'un fait de ce genre que l'envie et le mauvais vouloir ont empoisonné les dernières années du grand Baudelocque lui-même.

Voilà, à mon sens, la seule faute qui ait été commise.

En résumé, il résulte de l'ensemble de ces faits réduits à leur juste proportion, débarrassés de ces exagérations que leur imprime la rumeur locale, envisagés par des gens non prévenus, revenus de cet effroi naturel qu'inspirent ces opérations dans lesquelles les gens du monde, même les plus intelligents, ne voient souvent, malgré eux, qu'une scène de carnage, où les chirurgiens jouent, pour eux, le rôle de bourreaux, envisagés enfin par les gens seuls compétents en pareille matière; il résulte, dis-je, que ces faits s'expliquent de la manière la plus simple. La terminaison est très-regrettable ; mais faut-il accuser M. Lepilleur de ce que la fatalité lui a fait rencontrer un de ces cas exceptionnels dans lesquels bien d'autres n'auraient peut-être pas suivi une conduite aussi en rapport avec les règles de la prudence et de l'humanité? Faut-il l'accuser du malheureux résultat, quand il n'est dû, peut-être, qu'au laps de temps écoulé dans la journée qui a précédé la délivrance, peut-être même unique-

ment, au manque absolu de soins ultérieurs, donnés par les gardes ou les assistants, soins si nécessaires dans les cas même les plus simples, à plus forte raison après des opérations aussi graves?

M. Lepilleur, absous par ses paires, fut condamné à une année de prison et à mille francs d'amende, c'est-à-dire à une ruine complète, quand dans le même temps un officier de santé de Leret, incriminé pour des faits analogues, pour lesquels il avait été condamné à l'unanimité par ses pairs, en fut quitte pour un mois de prison.

Section oblique du thorax.

Je regrette beaucoup de n'avoir pu retrouver quel est notre confrère de province qui a conseillé le premier ce procédé; il m'a paru excellent, c'est celui auquel je donne maintenant la préférence, il pare à tous les inconvénients attachés à la détroncation, et ne laisse unies à la tête des parties moins volumineuses que la section médiane du tronc, tout en conservant le bras uni au cou.

L'embryulcie ou l'extraction des organes contenus dans l'abdomen et la cavité thoracique, permet après cette diminution des parties, d'extraire l'enfant en double : j'ai pratiqué cette opération en 1858, sur une parente de ma femme dont le bassin est rétréci et dans des circonstances très-importantes à noter.

A terme les membranes se rompirent spontanément sans qu'aucune dilatation se fût effectuée, le col resta épais pendant les huit jours qui suivirent cette rupture des membranes, le col restait épais non dilaté, l'eau amniotique s'écoulait en totalité, et la forme du ventre, l'auscultation, donnaient à penser que la partie située au détroit supérieur et qu'on ne pouvait atteindre était une épaule.

Le neuvième jour, malgré des douleurs assez vives, le col permettait à peine l'introduction de l'extrémité de l'index, mais il s'était aminci. Jusque-là l'épaisseur du col avait dû empêcher d'agir, mais alors il devenait possible de le dilater par des incisions, ce que je fis avec M. le docteur Carpentier, assisté aussi par la sage-femme, Madame de Caux, j'introduisis la main; mais la rétraction de l'utérus comme je le pensais bien m'empêcha d'aller aux pieds; l'épaule droite se présentait, mais était encore maintenue très-élevée par le vice de conformation du détroit supérieur.

Il n'était cependant plus possible d'attendre, je fis l'extraction du bras, et dès que le côté de la poitrine fut accessible je fis l'embryulcie; la mère s'est parfaitement rétablie. Cette rupture prématurée des membranes, dans un bassin rétréci, la rigidité, l'épaisseur du col constituent, quand l'épaule se présente, de bien fâcheuses complications.

En effet, comment agir dès le début quand on ne peut être cer-

tain de la nature de la présentation, et quand on en aurait la certitude, lorsque le col est épais, non dilaté, quand alors les incisions seront sans résultat, quand, après les avoir pratiquées, il n'en faudra pas moins faire la version forcée, mortelle pour le produit, bien grave pour la mère.

Évidemment il faut attendre, d'abord, parce que ne connaissant pas la présentation on peut espérer qu'on a affaire à la tête ou à l'extrémité pelvienne, ensuite parce que le col est épais et non dilatable.

J'insisterai, en terminant cet important chapitre, sur la nécessité de s'exercer, sur l'enfant mort, au diagnostic des présentations surtout. En effet, comment pratiquer en sûreté de conscience, quand à chaque moment on est exposé à commettre une méprise qui peut coûter la vie d'une mère et celle de son enfant?

Que de fois ceux qui se livrent spécialement à la pratique des accouchements n'ont-ils pas été appelés dans des cas de présentations du tronc qui avaient été méconnues, dès leur début, et presque toujours après qu'un temps précieux avait été perdu dans une expectation inutile et dans l'usage de moyens intempestifs !

Et il ne faut pas croire que ce soient les jeunes sages-femmes et les jeunes praticiens qui soient les seuls exposés à ces méprises, je les ai vu commettre par des médecins recommandables à tous égards, mais qui avaient méconnu cette présentation, parce qu'ils ne l'avaient jamais rencontrée dans plusieurs années d'une pratique assez étendue.

Je fus appelé l'année dernière auprès d'une dame chez laquelle l'épaule s'était présentée ; le médecin chargé de lui donner des soins, homme instruit et qui jouit d'une certaine réputation comme accoucheur dans le quartier qu'il habite, avait cru de prime abord à la présence du sommet, et avait attendu trois jours l'engagement spontané, qui, bien entendu, ne put s'effectuer, malgré plusieurs doses de *seigle ergoté*, malgré l'*application du forceps* qui fut tentée aussi.

Évidemment, ce médecin croyait à la présentation du sommet, car au trement il serait bien difficile de s'expliquer une semblable conduite. Donner le seigle ergoté, alors qu'il existe un obstacle mécanique au détroit supérieur, obstacle qui ne peut être vaincu que par un changement de présentation; ensuite, tenter l'application du forceps sur une épaule! Comme on le pense bien, une seule branche avait pu être introduite, la branche à pivot, en arrière; quant à la branche à mortaise qu'on voulait placer à droite et en avant, après plusieurs tentatives réitérées *trop énergiques*, il fallut renoncer à la placer. Pendant toutes ces manœuvres, l'enfant avait cessé de vivre; mais heureusement pour la mère, malgré le temps écoulé, malgré

le seigle ergoté, la rétraction utérine ne fut pas assez énergique pour s'opposer à la version : la mère put être sauvée. Mais après une année de souffrances, elle n'est pas encore rétablie, malgré les soins et les conseils de médecins les plus distingués.

A la suite d'un phlegmon qui se termina par résolution, elle conserva dans la fosse iliaque droite, pendant plusieurs mois, un sentiment de douleur semblable à celui que les introductions réitérées de la branche droite lui avaient fait éprouver. La véritable cause de ces douleurs qui résistèrent à tous les moyens, et d'où il résulta pendant longtemps incapacité de mouvement du membre inférieur droit, est restée tout à fait inconnue.

Je me contente de citer ce fait, parce que ceux que je possède seraient la reproduction presque exacte de celui-ci, et que cette erreur est d'autant plus propre à frapper l'esprit des jeunes praticiens, que celui qui l'a commise avait exercé douze ans sans rencontrer une présentation du tronc.

On pourrait alléguer, pour légitimer de semblables méprises, que le sommet peut être chassé du détroit supérieur, et faire place à l'épaule, se fondant sur ce que l'inverse peut avoir lieu dans la présentation de l'épaule (version céphalique spontanée). Mais il y a entre ces deux cas une très-grande différence : la tête, quand elle occupe le détroit supérieur, s'accommode très-bien à la forme de ce détroit et l'ovoïde fœtal à la forme de l'utérus; elle ne peut donc pas être sollicitée à changer de situation pour faire place à l'épaule. Il n'en est pas de même de la présentation du tronc. Dans ce cas, le fœtus, placé presque transversalement, est obligé d'accommoder son grand diamètre avec le diamètre transversal de l'utérus; cet organe supporte cette extension, mais aussi quelquefois il peut réagir sur le produit et le faire changer de présentation. De plus, l'épaule s'accommode mal avec le détroit supérieur; pendant longtemps elle n'y est pas solidement fixée, et alors surtout quand elle se présente en variété cervicale ou cubitale, c'est-à-dire quand la tête ou l'extrémité pelvienne sont voisines du détroit supérieur, la version spontanée ou céphalique, ou pelvienne, peut avoir lieu.

Il me paraît donc impossible que le sommet, quand il occupe *seul* le détroit supérieur, puisse céder sa place à l'épaule. Je ne crois pas que la science possède un seul exemple avéré de cette substitution de présentation, quoique l'épaule puisse céder sa place à la tête, si ce n'est cependant lorsque la tête occupe le détroit supérieur conjointement avec le bras. Cette présentation simultanée du bras et de la tête peut se convertir petit à petit en une variété de présentation cervicale de l'épaule.

Un fait qui m'est personnel, et que je cite parce que je le crois propre à instruire les autres, quoique je n'y sois pas exempt de reproche, m'a offert une preuve de la possibilité de cette substitution de présentation.

Il y a trente ans, chez une dame qui habitait rue de Rivoli, à laquelle je donnais des soins comme accoucheur, je constatai, à travers les membranes, la présence du sommet : la suite fera voir que je ne m'étais pas trompé. La dilatation étant complète, je rompis les membranes, et aussitôt le bras s'engagea avec la tête. A cette époque, je n'étais pas encore imbu des excellents préceptes que j'ai depuis puisés dans les exemples et les enseignements de mon excellent maître, et je me crus obligé d'exécuter à tout prix la réduction du bras. Cette réduction n'étant pas toujours facile, surtout pour une personne encore peu versée dans la pratique obstétricale, je dus échouer. Je ne pus rentrer le bras. Alors, fondant quelque espoir dans les contractions, j'administrai le seigle ergoté, dans le but de les activer. Mais, soit que mes tentatives, probablement mal dirigées, aient éloigné un peu la tête du détroit supérieur, soit qu'elle s'en soit éloignée spontanément, le bras s'étendit tout à fait dans le vagin.

Alors, justement effrayé d'un semblable accident, j'introduisis de nouveau la main, je tentai d'aller aux pieds, mais la rétraction trop énergique de l'utérus, trop de timidité de ma part, et surtout l'indocilité de la malade, m'empêchèrent de les atteindre.

J'appelai M. Moreau, mon père, M. Taillefer, qui tentèrent successivement la version ; mais la rétraction utérine était devenue si énergique pendant le temps qu'on mit à prévenir ces praticiens, que cette opération ne put être pratiquée. M. Moreau m'engagea à aller réclamer les secours de M. P. Dubois dont j'ignorais alors toute l'habileté. Sur ces entrefaites, M. Deneux, qui avait aussi été mandé, sentant la tête en partie engagée au détroit supérieur, car elle ne l'avait jamais quitté entièrement, pensa avec raison que le seul moyen de terminer cet accouchement était d'agir sur la tête ; il tenta donc de l'engager à l'aide du forceps, mais ses efforts furent infructueux. Enfin, M. P. Dubois parvint à la saisir solidement à l'aide de cet instrument et à l'extraire : l'enfant avait cessé de vivre; la mère se rétablit parfaitement.

« Si nous étions au temps des aveux, dit avec raison M. Champion « quel est l'homme de l'art de bonne foi, et surtout l'accoucheur, « qui n'aurait quelque confidence à faire en ce genre ? »

C'est aussi parce que je suis bien convaincu que l'aveu d'une faute est plus utile à l'élève que le récit d'un succès, que je n'ai pas dé-

guisé celles que j'ai pu commettre : 1° en voulant exécuter à tout prix la réduction du bras, au lieu de me confier à la nature, dès que je constatai l'insuccès de mes premières tentatives ; 2° en méconnaissant de prime abord la substitution de présentation que j'avais produite et en me confiant à la nature alors que j'aurais dû pratiquer la version pelvienne en temps utile.

Au reste, cette circonstance sera toujours pour moi à jamais digne de remarque, car c'est à partir de ce jour, où j'ai été à même d'apprécier la rare habileté obstétricale de M. P. Dubois, que je m'attachai à sa pratique, et que j'ai pu parfaire mon éducation obstétricale et rectifier toutes les erreurs dont jusqu'alors j'avais été imbu.

CHAPITRE II.

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE.

Je me suis occupé (page 401), de tout ce qui a rapport à la délivrance naturelle, je n'ai plus maintenant qu'à traiter des accidents qui s'opposent à son accomplissement, et de ceux qui viennent la compliquer.

Ces obstacles sont : l'inertie utérine, la faiblesse du cordon, les contractions spasmodiques ou irrégulières du col et du corps de l'utérus, les adhérences anormales.

Mais avant d'entrer en matière, il est une recommandation qu'il ne m'était pas venu à la pensée de faire dans les précédentes éditions, je la croyais inutile : *Le médecin appelé pour faire une délivrance artificielle doit s'assurer avant tout que cette délivrance ne s'était pas effectuée spontanément.* Un fait signalé par MM. Peirera et Lasserre dans leur mémoire [1], qui m'a été signalé par M. A. Desormeaux et que je dois à l'obligeance de M. le docteur Maillot, m'a prouvé que je devais combler cette lacune.

Voici le fait, je laisse parler les auteurs : « Pendant l'été de 1841, une femme accouche à la Maternité d'un enfant faible, et auquel l'élève chargé de surveiller le travail s'empresse de prodiguer ses soins. Une fois qu'il est ranimé, trois quarts d'heure après l'accouchement, elle se dispose à faire la délivrance. Ne sentant ni le cordon

[1] *Archives générales de médecine*, 1843, t. I, p. 17 et 129.

ni le placenta, elle s'informe si ses compagnes ont extrait le délivre. Sur leur réponse négative, la sage-femme en chef, madame Charrier, est avertie ; elle touche, affirme avoir senti la face fœtale du placenta, et écrit à M. Danyau, qui arrive plusieurs heures après. Ce chirurgien constate *l'absence de tout cordon, la rétraction du col et du corps de l'utérus*, et après d'assez longues tentatives il introduit la main dans cet organe par la dilatation forcée, et reconnaît l'absence du placenta. On examine alors *seulement* les linges placés sous la malade au moment de l'accouchement, et qui avaient été enlevés depuis, et l'on trouve le placenta qui était sorti spontanément.»

ARTICLE Ier.

INERTIE UTÉRINE.

Pour que les rapports de connexion qui unissent le placenta et l'utérus cessent, il faut que l'utérus revienne sur lui-même, que ses parois se resserrent. Dans le cas où il y aurait inertie utérine, cette séparation n'ayant pas lieu, que faudrait-il faire ? Se bien garder d'opérer la délivrance avant d'avoir ranimé la contractilité de tissu de l'organe par des frictions sur l'abdomen, par l'administration du seigle ergoté, et en soutenant les forces de la malade.

En effet, si l'on délivrait avant d'avoir réveillé la contractilité de l'utérus, on s'exposerait à produire une hémorrhagie grave.

Malheureusement, dans les cas où l'arrêt de la délivrance dépend de l'inertie utérine, l'hémorrhagie s'est déclarée, le plus ordinairement, avant qu'on ait eu à faire la délivrance artificielle ; aussi cet accident doit-il être plutôt regardé comme cause d'hémorrhagie que comme déterminant l'arrêt de la délivrance. Si cette hémorrhagie survenait, il faudrait délivrer la femme immédiatement, et solliciter le retrait de l'organe par tous les moyens recommandés à l'article *Hémorrhagie*, page 896.

ARTICLE II.

FAIBLESSE DU CORDON.

La faiblesse du cordon, soit qu'elle dépende du peu de résistance de cette tige, soit qu'elle tienne à l'insertion anormale des vaisseaux sur les membranes, et alors du décollement de celle-ci, est un accident qui s'oppose à ce que la délivrance puisse être effectuée au moyen de la production de la tige ombilicale. On est averti de cet accident, parce que la main sent que tout à coup le cordon cède. Cette sensation de déchirement est très manifeste.

Doit-on, dans ce cas, attendre et confier la délivrance à la nature

ou délivrer artificiellement? On doit, d'abord, confier la délivrance à la nature, mais pour un temps qui ne dépasse pas une heure; après ce temps, l'expectation peut avoir beaucoup d'inconvénients; car si les contractions ne peuvent suffire à l'expulsion du placenta, pendant le temps qu'on aura attendu la délivrance, le col utérin se resserrera sur lui-même, on éprouvera les plus grandes difficultés à opérer la délivrance, et l'on fera éprouver à la malade les plus vives douleurs. Aussi il me paraîtrait même bien plus sage, dans ce cas, quand les petites douleurs ressenties par la mère, quand la rétraction utérine, quand l'engagement d'une partie du placenta ont pu faire espérer son décollement complet, de ne pas attendre plus d'une heure, et dès qu'on sent le cordon lâcher, d'introduire la main en suivant le cordon, de pincer le placenta qu'on trouve en partie engagé dans le col utérin, et de l'extraire. En agissant ainsi, on évite souvent de grandes difficultés, on prévient une perte de sang trop considérable entretenue par la présence du placenta; enfin on achève tout à fait l'accouchement, et la malade peut après cela être changée de lit et se reposer. Si la résistance était trop grande, dans la crainte que cette résistance ne dépendît d'un reste d'adhérence du placenta, on attendrait une heure; et, après ce temps, la main introduite irait à la recherche de l'obstacle.

Dans tous les cas, quand on sent que le cordon faiblit, il est bon de cesser toutes tractions, non que la rupture du cordon puisse avoir aucun inconvénient; en effet, que le cordon adhère au placenta, il n'en est pas moins dans ce cas inutile à la délivrance, à cause de sa faiblesse; mais parce que cette séparation du cordon effraie toujours la femme et les assistants, puis aussi parce qu'elle est toujours, dans le monde, interprétée défavorablement contre l'accoucheur; enfin parce que le cordon servant de guide à la main qui doit pénétrer dans l'utérus, conduit cette main jusqu'au placenta lui-même. On évite, en le conservant, les tâtonnements, les hésitations et les douleurs inséparables de ces manœuvres.

ARTICLE III.

CONTRACTION SPASMODIQUE OU IRRÉGULIÈRE DE L'UTÉRUS.

Après l'expulsion du produit, la contractilité organique de l'utérus s'exerce avec moins d'intensité, c'est surtout la contractilité de tissu, ou la rétractation de l'organe, qui opère le décollement du placenta et son expulsion. Néanmoins, pendant cette dernière partie de la délivrance, presque toujours quelques contractions utérines, peu vives, il est vrai, se manifestent pour concourir aussi à l'expulsion du délivre.

Cette contraction organique et cette contractilité du tissu s'exercent dans tout l'organe dans l'état ordinaire ; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : certaines portions de l'utérus peuvent rester inertes, tandis que d'autres peuvent être à la fois animées par les deux espèces de contractilité réunies ; et alors, suivant la partie de l'organe qui est le siége de cette anomalie, le placenta peut être chassé hors de la cavité de l'organe, ou peut y être retenu.

Jamais l'orifice externe de l'utérus ne présente cet état spasmodique, on le trouve toujours mou, souple après l'accouchement.

Il n'en est pas de même de l'orifice interne qui, presque toujours, se rétracte après la sortie du produit, et souvent même est affecté de spasme. Le corps de l'utérus peut aussi participer à cet état de contraction spasmodique. On comprend que, dans ce dernier cas, la contraction spasmodique de la totalité du corps de l'organe, quand l'orifice interne n'est pas contracté, loin de s'opposer à la délivrance, la détermine au contraire. Pour que cet état spasmodique du corps puisse mettre obstacle à la délivrance, il faut que toutes les parties de l'organe n'en soient pas affectées à la fois, qu'une portion soit dans le relâchement, pendant que l'autre se contracte spasmodiquement.

Ainsi donc, *contractions spasmodiques* de l'orifice interne, *contractions partielles* et *spasmodiques* du corps de l'utérus : tels sont les deux accidents qui peuvent, le premier retenir le placenta dans la cavité de l'utérus, le deuxième produire son enchatonnement.

§ 1. — Contractions spasmodiques de l'orifice interne.

Quand tous les signes qui annoncent la séparation du placenta se sont manifestés, quand le temps écoulé a dû faire espérer aussi que cette séparation s'est effectuée, et que, cependant, des tractions aussi fortes que la résistance du cordon le comporte n'ont aucun résultat, il faut aller à la recherche de l'obstacle afin d'y remédier. S'il réside dans l'état spasmodique de l'orifice interne, le doigt de l'accoucheur, après avoir traversé l'orifice externe, mou, diffluent pour ainsi dire, rencontre la partie supérieure du col utérin fortement contractée et fermée. Quelquefois cependant, quand cet état ne s'est manifesté qu'après l'engagement d'une partie du placenta, on arrive moins facilement à l'orifice interne, mais on sent très-bien que cette partie du placenta est étranglée circulairement.

Cet état du col utérin n'est, en général, que passager ; aussi le temps suffit-il le plus ordinairement pour le faire cesser. Mais cependant, après quatre ou cinq heures d'attente, si cet état persistait, et

avant ce temps, si quelque accident s'était manifesté, il faudrait agir. Le laudanum à la dose de dix, quinze, vingt gouttes, sera d'abord administré dans un huitième de lavement, les embrocations narcotiques sur le ventre, la saignée s'il y a pléthore; enfin, dans le cas où ces moyens ne réussiraient pas, on introduirait la main bien graissée avec la pommade de belladone (un cinquième d'extrait pour quatre cinquièmes d'axonge), en engageant petit à petit chacun des doigts, en forçant avec ménagement cette résistance du col, et en n'oubliant pas, surtout, de comprimer l'organe avec l'autre main placée à l'extérieur; puis, ensuite, on entraînerait le placenta.

§ 2. — **Contractions irrégulières ou spasmodiques du corps de l'utérus.**

Le décollement du placenta et son expulsion sont opérés par un resserrement de la totalité de l'utérus; mais, comme je l'ai dit, certaines parties de l'utérus peuvent rester dans le relâchement, tandis que d'autres se contractent; et alors, si c'est la partie où le placenta est inséré qui reste inerte, tandis que toutes les autres parties de l'organe sont contractées spasmodiquement et revenues sur elles-mêmes, le placenta reste enfermé dans cette partie non contractée; il y a ce qu'on nomme enchatonnement. L'enchatonnement peut aussi se produire d'une autre manière, par la rétraction d'une seule partie de l'utérus qui étranglerait l'organe dans son milieu. La disposition des fibres utérines explique très-bien ce fait. On voit sur cette figure 264, de chaque côté de l'organe, un faisceau de fibres circulaires concentriques à l'orifice de la trompe.

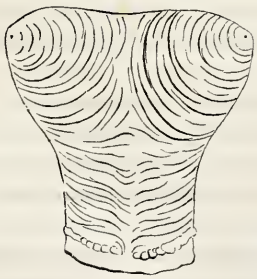


Fig. 264.

Fig. 265.

Supposons maintenant que le placenta soit inséré sur un de ces muscles, ce qui est assez ordinaire, et que les fibres circulaires les plus éloignées de l'orifice de la trompe viennent à se contracter

spasmodiquement, le placenta sera enfermé dans cette espèce de loge, comme une pierre dans le chaton d'une bague (fig. 265).

Il se peut très-bien que, dans ce cas, cet anneau circulaire soit la seule partie de l'organe qui se contracte, tandis que toutes les autres sont dans le relâchement.

La conduite à tenir est encore la même que dans le cas précédent : seulement, si l'état spasmodique résiste aux opiacés, etc., et que l'usage de la main soit nécessaire, il ne faudra pas, autant que possible, forcer la résistance du chaton avec toute la main ; un ou deux doigts doivent être seuls introduits dans ce resserrement anormal, dans le but de dégager le placenta.

Cet accident se complique souvent d'adhérence du placenta ; et, dans ce cas, il est nécessaire d'introduire la main dans l'anneau formé par la partie étranglée, pour opérer le décollement du placenta avec l'extrémité des doigts.

ARTICLE IV.

ADHÉRENCES ANORMALES.

Les adhérences anormales qui unissent le placenta à l'utérus peuvent être plus ou moins étendues et plus ou moins solides. On reconnaît cet accident aux signes suivants. Malgré la réunion de toutes les autres circonstances qui favorisent la délivrance (rétraction de l'utérus manifeste par le palper abdominal, et les contractions de l'organe, malgré l'ouverture du col, etc., etc.), les tractions exercées sur le cordon n'amènent aucun résultat, et la main placée sur l'hypogastre, pendant ces tractions, sent que l'utérus est entraîné en bas. Si la rétraction utérine était moins vive, cette main, au lieu de sentir que l'utérus en totalité s'abaisse, constaterait, au contraire, l'enfoncement d'une partie de l'organe.

Lorsqu'à ces signes on a reconnu l'adhérence du placenta, il faut, avant de vérifier le fait par l'introduction de la main, tâcher d'exciter la contraction utérine par des frictions sur l'abdomen, la titillation du col utérin, puis revenir aux tractions en les proportionnant à la solidité du cordon.

Ce n'est que lorsque ces tentatives réitérées ont échoué, et après une heure écoulée, qu'on doit introduire la main dans l'utérus pour constater exactement l'obstacle, et y remédier immédiatement sans retirer la main.

La main est introduite dans les organes avec toutes les précautions indiquées, en suivant le cordon ombilical tendu par l'autre main ; à l'aide de ce moyen, on est certain d'arriver au placenta sans tâton-

nements. C'est encore une des raisons pour lesquelles on doit éviter de rompre le cordon par des tractions qui, n'étant pas en rapport avec sa force et la résistance à vaincre, sont d'ailleurs inutiles.

Une fois que la main a pénétré jusqu'au placenta, elle cherche si une partie de cet organe est décollé, et c'est dans ce point qu'elle commence alors à achever le décollement.

Le procédé qui, dans ce cas, doit être employé, consiste à saisir la partie détachée à pleine main, et à tirer sur elle pour détacher le reste, ou bien, si les adhérences ne cédaient pas à ses effets, à les détruire avec les ongles en agissant toujours sur le placenta, et en s'éloignant autant que possible du tissu utérin. C'est à l'aide de ce procédé seul qu'on doit opérer ce décollement, et non avec le coupant de la main, comme si l'on détachait les feuillets d'un livre.

Fig. 266.

Une précaution fort importante, dans cette opération, c'est de ne pas détacher, à tout prix, les parties trop solidement fixées, et qui se seraient séparées du reste de la masse placentaire, dans la crainte qu'en voulant les extraire, on n'arrachât le tissu de l'organe. Ces cotylédons isolés se détachent petit à petit d'eux-mêmes et sont entraînés en fragments ou en détritus avec les lochies.

Dans le cas où les adhérences seraient encore intactes, il faudrait engager la main entre les membranes et la surface de l'utérus et n'opérer le décollement, en commençant par la circonférence, que si l'on était bien certain du point où commence le placenta, ce qui est très-souvent difficile à reconnaître; si l'on conservait quelques doutes, il vaudrait mieux agir du centre à la circonférence : pour cela, on déchire le placenta au voisinage de l'insertion du cordon, on engage les doigts dans cette déchirure, et l'on opère ainsi petit à petit le décollement de tout le placenta.

Si, par suite d'une adhérence trop intime, on avait été obligé de laisser quelques parties du placenta dans l'utérus, il faudrait, pendant les premiers jours, avoir soin de toucher la malade pour s'assurer si les parties se sont détachées, et si elles peuvent être saisies avec deux doigts. Puis, s'attacher aussi à prévenir les dangers auxquels la résorption de ces parties putréfiées peut exposer la femme : pour cela, on fait faire des injections vaginales très-souvent répétées, avec une solution légère de chlorure de chaux; quant aux injections utérines, elles ne devraient être faites qu'avec une décoction de guimauve, et poussées par l'accoucheur lui-même avec une

extrême lenteur, et en petite quantité. En effet, Hourman a rapporté quelques cas où des accidents graves avaient été déterminés à la suite de ces injections par le passage du liquide dans la cavité abdominale, à travers la trompe utérine. J'ai aussi observé, à la Clinique, un fait exactement semblable pendant une injection poussée jusque dans l'utérus : la femme ressentit tout à coup une douleur très-vive dans la fosse iliaque droite, tous les symptômes d'une péritonite locale se manifestèrent dans ce point; mais on parvint à se rendre maître de ces accidents et la malade se rétablit.

ARTICLE V.

ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE.

L'hémorrhagie, le renversement utérin et l'arrachement du tissu de l'utérus sont les principaux accidents qui peuvent compliquer la délivrance.

§ 1. — Hémorrhagie.

L'hémorrhagie, après l'expulsion du produit, peut précéder, accompagner ou suivre la délivrance : elle est toujours déterminée par l'inertie utérine. C'est un accident des plus redoutables qui, en quelques minutes, peut causer la mort de la femme qui en est atteinte. Aussi l'accoucheur, comme je l'ai dit, ne doit pas quitter l'accouchée immédiatement après la délivrance, pendant les *deux heures* qui suivent l'expulsion du placenta il doit rester auprès d'elle pour être tout prêt à prévenir et arrêter un accident aussi grave, et ne la quitter après ces deux heures que s'il est bien certain que l'utérus est revenu sur lui-même.

A. Diagnostic.

L'hémorrhagie peut être externe ou interne.

a. Perte externe. — Le diagnostic de la perte externe semble des plus simples; en effet, l'écoulement du sang à l'extérieur caractérise suffisamment la nature de l'accident. Cependant il faut être assez habitué à apprécier la quantité de sang qu'une femme doit perdre immédiatement après la délivrance (cette quantité est considérable), pour ne pas prendre cet écoulement normal pour une perte, et pour ne pas rester en sécurité en regardant une véritable perte comme un phénomène physiologique. Si, après le flot de sang qui suit la délivrance, il continue à s'en écouler encore avec abondance, si le pouls faiblit, si la face pâlit, il n'est plus possible de méconnaître là une véritable perte à laquelle il est important de remédier.

b. Perte interne. — Quand des caillots, obstruant le col utérin ou le vagin, mettent obstacle au cours extérieur du sang, il s'accumule dans la cavité utérine qui se distend, la femme pâlit, le pouls faiblit, la femme est prise de syncopes.

Dans ce cas, il faut se tenir en garde contre quelques accidents qui pourraient déterminer les mêmes symptômes. Ainsi, le développement de l'abdomen pourrait être déterminé par celui de la vessie remplie d'urine, et la faiblesse du pouls, la pâleur et la syncope peuvent dépendre aussi de la rapidité avec laquelle le sang abandonne la tête pour se porter, immédiatement après l'accouchement, dans les vaisseaux du bas-ventre.

Le toucher et le palper abdominal éclaireront bientôt sur la véritable cause de ces accidents.

Au reste, que la perte soit interne ou externe, le seul moyen de reconnaître cet accident avant qu'il ait pris de la gravité, c'est de suivre la marche que j'ai déjà tracée, et que je rappelle encore.

Immédiatement après l'accouchement ou la délivrance, on doit sans cesse surveiller la femme des yeux, et s'enquérir auprès d'elle si elle ne sent pas que le sang coule avec abondance et constater à chaque instant l'état du pouls. Enfin, à la plus légère crainte, il faut vérifier par soi-même si les linges qu'on a fait placer à dessein sous la malade ne sont pas trop trempés de sang, surtout s'ils l'ont été dans un court espace de temps.

L'état de l'utérus devra aussi être l'objet de l'attention toute particulière de l'accoucheur ; à l'aide de la main appliquée sur l'hypogastre, il devra constater si l'organe est globuleux, résistant et peu développé ; si, au contraire, il est mou et plus développé qu'il ne doit l'être, et dans ce cas, le masser avec force.

B. Traitement.

Quand une hémorrhagie se manifeste à la suite de couches, avant tout c'est la cause, c'est-à-dire l'inertie utérine, qu'il faut combattre. Pour cela, pendant qu'on envoie chercher 2 ou 3 grammes de seigle ergoté, qu'on fait préparer des serviettes, des compresses, de l'eau de puits, si l'hémorrhagie est interne, on introduit immédiatement la main dans l'utérus et l'on extrait les caillots et le sang qu'il contient : cette introduction de la main a aussi l'avantage de solliciter la rétraction des parois utérines. Pendant ce temps, l'autre main, appliquée sur l'hypogastre, exerce dans le même but des frictions sur l'utérus.

Une fois que l'hémorrhagie est devenue externe, ou si elle l'était

primitivement, voici la conduite que l'accoucheur doit tenir et les moyens qu'il doit employer.

Les oreillers et les couvertures doivent immédiatement être enlevés, le siége de la femme doit être un peu élevé sur un drap plié en plusieurs doubles, la partie supérieure du corps sera seule tenue chaudement, afin d'entretenir le plus de sang possible dans les organes essentiels à la vie; mais la partie inférieure du corps ne sera recouverte que d'un seul drap, les fenêtres seront ouvertes.

Pendant que l'accoucheur fera des frictions sur l'hypogastre, il fera administrer à la malade 1 gramme de seigle ergoté dans une petite quantité d'eau fraîche. En même temps, il fera placer par des aides des compresses froides sur les jambes et les cuisses ; et si les frictions sont insuffisantes pour ranimer la rétraction utérine, il n'attend pas l'action du seigle ergoté, mais immédiatement il se place à gauche de la femme et il fait pénétrer à travers les parois abdominales l'extrémité des doigts réunis de la main droite jusque sur l'artère aorte avant sa bifurcation, et il exerce ainsi avec cette main, aidée aussi par l'autre main superposée, une compression à laquelle une hémorrhagie ne peut résister quand cette compression est bien faite et quand elle l'est en temps utile.

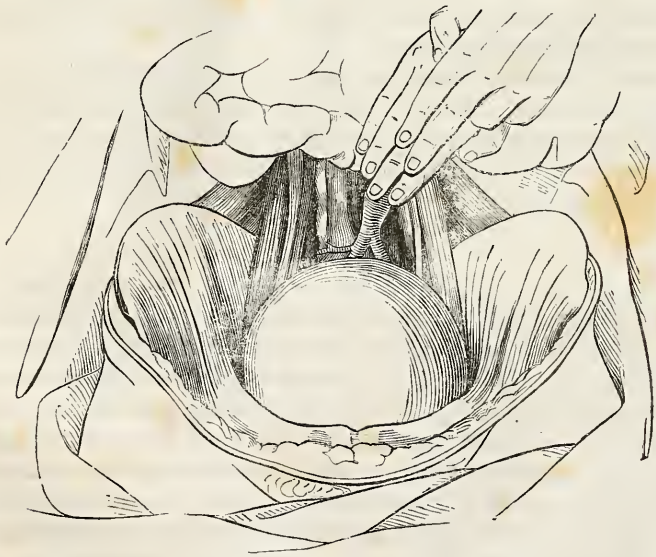


Fig. 267.

Ce moyen, que nous devons, comme je l'ai dit, à M. Baude-

locque neveu, qu'il l'ait inventé ou non, peu importe, est encore une des plus précieuses découvertes dont l'art obstétrical se soit enrichi.

M. d'Ornelas a cité, dans sa thèse, plusieurs cas de succès obtenus par ce moyen.

Mon père l'a pratiqué une fois avec un plein succès, et dans deux circonstances, j'avais été assez heureux pour conserver la vie à des femmes qui certainement auraient succombé à des pertes foudroyantes sans ce précieux moyen.

Chez une de ces femmes qui habitait le quartier Popincourt, j'exerçais cette compression depuis près de deux heures, quand M. P. Dubois, que j'avais fait appeler, arriva pour être témoin du fait. Depuis, j'ai encore pu constater un bien grand nombre de fois l'excellence de ce procédé.

L'effet produit par cette compression est si manifeste, qu'on voit immédiatement l'écoulement du sang s'arrêter, et si, par un mouvement de la malade, l'aorte échappe à la compression, ou si les mains fatiguées cessent de comprimer l'artère, le sang recommence instantanément à s'écouler. C'est un fait que j'ai constaté plusieurs fois, je l'ai signalé dans quelques observations qui suivent. En 1852, M. Richelot a été témoin de cette circonstance, chez une dame que nous vîmes ensemble.

Cette compression, comme on le pense bien, n'est pas un moyen curatif; elle permet de gagner du temps, circonstance bien précieuse dans un accident si grave par sa rapidité.

Aussi, pendant qu'on exerce cette compression et qu'on arrête la perte, on presse avec activité l'administration des autres moyens qui peuvent l'arrêter définitivement, et on leur donne ainsi le temps d'agir. On fait administrer une ou deux injections fraîches dans le rectum, on fait prendre 2 ou 3 grammes de seigle ergoté en deux ou trois fractions, on fait renouveler incessamment les compresses froides des jambes et des cuisses, et l'on emploie un autre aide à masser l'utérus, mais avec lenteur et sans secousses, pour que la main de l'opérateur qui comprime ne puisse être dérangée.

Cette compression de l'aorte sera d'autant plus facile que le sujet aura moins d'embonpoint ; mais même dans le cas où la femme est très-grasse, elle peut encore être pratiquée avec facilité et succès. En effet, immédiatement après l'issue du produit, l'utérus s'est abaissé, et il existe un espace libre entre le fond de cet organe et les intestins qui, refoulés depuis plusieurs mois à la partie supérieure de l'abdomen, ne viennent pas immédiatement après l'accouchement reprendre la place qu'ils occupaient avant la grossesse

(fig. 267). C'est dans cet espace que la main plonge avec facilité.

Cette compression est, du reste, extrêmement fatigante à exercer, et l'on est quelquefois obligé de se faire suppléer.

Depuis que M. L. Baudelocque a introduit en France le procédé de compression de l'aorte dans les cas d'hémorrhagie utérine grave après l'accouchement, cette méthode si précieuse a été acceptée avec empressement par un grand nombre de chirurgiens et d'accoucheurs distingués. Parmi ceux, en bien petit nombre, qui se sont élevés contre ce procédé, quelques-uns, invoquant à l'appui de leur opinion les dispositions anatomico-physiologiques de l'utérus, ont cru y trouver la preuve que cette compression devait être au moins inutile. Mais quel que soit le mérite des recherches faites par nos habiles confrères et des inductions qu'ils en ont tirées, que peuvent les raisonnements, même les plus spécieux, contre l'expérience, contre des faits nombreux observés par les hommes les plus compétents ?

Quelques autres, plus logiques en apparence, ont opposé des faits d'insuccès de la méthode à ceux qui ont été cités en sa faveur, sans faire réflexion que pour juger sainement un procédé opératoire quelconque et pour en apprécier consciencieusement la valeur, il était indispensable de se rendre bien compte des circonstances dans lesquelles ce procédé avait été mis en pratique, et de s'assurer que l'opérateur n'avait négligé ni la méthode, ni la persévérance, ni l'opportunité, sans lesquelles le succès était impossible. C'est ce que n'ont pas fait nos honorables contradicteurs. Que voit-on, en effet, dans les observations qu'ils ont citées? Des cas dans lesquels la compression de l'aorte a été faite sans méthode, sans suite, sans persévérance, trop tard, et quand déjà la malade était épuisée par la quantité de sang qu'elle avait perdue. Sont-ce là des faits qui puissent rien prouver, qui puissent je ne dis pas convaincre, mais au moins satisfaire à peu près un esprit pratique, un observateur judicieux et expérimenté? Aussi je ne crains pas d'affirmer que si, dans ces observations, une bonne moitié des femmes a succombé, ce résultat déplorable est dû, non à la compression de l'aorte, mais aux fautes que je viens de signaler, c'est-à-dire à ce que, commencée trop tard et à un moment où l'affaissement était arrivé à son terme presque extrême, elle a été faite d'ailleurs de telle manière que le succès était désormais impossible.

Enfin, j'ajoute avec autant de confiance, qu'il en a été et qu'il en sera toujours autrement quand on se décidera à propos à comprimer l'aorte, à le faire méthodiquement et à continuer cette compression pendant un temps qu'on ne peut pas fixer *à priori*,

mais que les observations qui vont suivre apprendront à connaître.

Depuis 1832, mais surtout depuis 1839, je n'ai jamais manqué de recourir à ce précieux moyen, toutes les fois qu'il a été indiqué, et sur plus de cent cas d'hémorrhagie pour lesquels j'ai été appelé par des confrères, ou que j'ai rencontrés dans ma pratique, j'ai dû employer plus de soixante fois la compression de l'aorte. Deux femmes seulement ont succombé, mais parce que la compression n'a été commencée que lorsque la malade était exsangue.

Dans tous ces cas, l'hémorrhagie était très-grave, et j'ai l'intime conviction que, dans ces soixante observations, j'aurais aussi perdu au moins la moitié des malades, comme cela est arrivé à certains antagonistes de la compression, si je n'avais pas comprimé l'aorte en temps utile. Cette conviction a été partagée par les médecins qui m'ont fait l'honneur de m'appeler, et par ceux qui ont bien voulu m'assister. Dans les observations qui vont suivre, j'aurai soin de rappeler les noms des honorables confrères sous le patronage desquels je suis heureux de placer un procédé aussi précieux.

De ce que j'ai avancé, que la compression n'est pas un moyen curatif de l'hémorrhagie, mais une ressource précieuse qui fait éviter cette chute rapide des forces et la mort, on m'a blâmé de la regarder comme un moyen précieux.

La compression, ai-je dit, ne permet que de gagner *du temps*, cela est vrai, mais le temps est tout dans un accident qui, en quelques minutes, peut faire périr la femme, d'autant que cette compression laisse aux autres moyens que l'accoucheur a à sa disposition, les réfrigérants, le seigle ergoté, etc., etc., le temps d'agir et de déterminer le retrait de la matrice, seul capable de mettre fin à l'hémorrhagie ; et c'est avec juste raison que j'ai comparé la compression de l'aorte à la main secourable qui retient un homme au bord d'un précipice jusqu'à ce que des secours plus efficaces lui soient portés.

Je sais bien qu'il n'est pas possible d'affirmer que dans les cas d'hémorrhagie grave où la compression a été exercée, toutes les femmes eussent succombé si ce procédé n'avait pas été mis en usage, mais pour être convaincu comme moi qu'elle a contribué à en sauver la plus grande partie, il suffit de comparer les résultats de la pratique des accoucheurs qui exerçaient avant la découverte de la compression de l'aorte avec ceux qu'ils obtiennent journellement depuis cette époque. A l'appui de mon opinion, j'invoquerai ici le témoignage de mon très-honoré maître et ami M. le docteur Duparcque, qui a bien voulu me communiquer à cet égard les résultats de sa longue expérience.

Qu'on prenne la peine, en outre, de considérer que la compression

de l'aorte est exempte de tout inconvénient, ne nuit en aucune manière à l'emploi des autres moyens curatifs, et qu'on dise si, en présence d'un danger aussi menaçant que celui d'une hémorrhagie utérine grave, il serait sage de négliger une ressource si précieuse.

Mais il pourra arriver, dira-t-on, que de jeunes accoucheurs, se laissant effrayer, dans leur inexpérience, par le premier flot de sang qui suit l'accouchement, et le prenant pour une hémorrhagie grave, compriment l'aorte, quand sa compression ne sera pas d'une bien grande utilité, ou même, quand on pourrait tout à fait s'en abstenir ; mais, je le répète, où serait le mal, puisque la compression de l'aorte n'entraîne après elle aucun danger ? Ce n'aurait donc été, à tout prendre, qu'une précaution inutile [1].

Comment donc oser assumer une semblable respousabilité, en combattant un procédé qui ne pourrait être qu'inutile, qui ne fait perdre aucun temps, ne nuit en aucune manière à l'emploi des moyens qui seuls peuvent déterminer le retrait de l'utérus, et qui permet de gagner un temps précieux. N'est-ce pas se rendre responsable de *la mort de vingt femmes, au moins sur tout le sol de la France,* les médecins de ces femmes ayant été détournés de comprimer l'aorte par cette opposition. J'ai cité plus haut le cas d'une boulangère du faubourg Saint-Honoré, qui n'a dû la mort qu'à cette opposition.

Observation I. — *Hémorrhagie utérine grave, par inertie, après l'accouchement. — Compression de l'aorte. — Guérison rapide. — Fait observé avec M. P. Dubois.* — En 1838, madame R...., cliente de mon père, fut prise, peu de temps après la délivrance, d'une hémorrhagie utérine des plus graves. Deux syncopes successives, la pâleur de la face, la dépression du pouls, me jetèrent dans une anxiété difficile à décrire. Je n'étais point encore familiarisé avec la compression de l'aorte ; mais, tous les autres moyens étant insuffisants, je pensai alors à comprimer cette artère. C'était mon premier essai : je le continuai avec courage jusqu'à ce que les autres moyens tels que le seigle ergoté, les réfrigérants, etc., eussent eu le temps de déterminer la rétraction de l'utérus.

[1] Le mémoire que j'ai présenté à l'Académie (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1850-1851, p. 731, 800, 1030), a été le prétexte d'une critique dont je ne cherche à comprendre ni le but ni l'intention. Elle m'a obligé à publier les observations qu'on va lire et qui répondront pour moi. J'ajouterai que ceux qui jugent de la pratique des autres par la leur propre s'exposent souvent à commettre de graves erreurs. Ainsi, s'il était possible de juger une pratique de dix-neuf années par quatre mois de la dix-neuvième, je dirais à mon peu bienveillant critique, que du 8 janvier au 28 avril 1851, j'ai observé huit cas d'hémorrhagie dans lesquels l'aorte a été comprimée trois fois : tous ces derniers faits ont été constatés par MM. Lembert jeune, Pichard, Marx, Ricord, Desjardins de Marainville, Duvivier fils, A. Belin, Vincent, aide-major des Invalides, Chartroule, Honoré; que du 7 au 8 août 1852, sur 3 accouchements j'ai rencontré 2 cas d'hémorrhagie, que dans l'un l'aorte a dû être comprimée pendant plus de deux heures par M. Gery, M. Belin et moi, avant que les autres moyens aient pu déterminer la rétraction utérine.

J'avais fait prier M. P. Dubois de me venir en aide. Lorsqu'il arriva, j'exerçais la compression depuis près de deux heures, et l'hémorrhagie était arrêtée. Madame R... s'est parfaitement rétablie. A l'aide du fer et d'un régime analeptique, les forces revinrent promptement.

Observation II. — *Hémorrhagie utérine grave, par inertie, après l'accouchement; — compression de l'aorte. — Guérison rapide.* — Dans la même année, madame D..., cliente de M. Honoré, fut prise du même accident, et dans les mêmes circonstances. La compression de l'aorte arrêta instantanément l'hémorrhagie, et une heure suffit pour permettre à l'utérus de revenir sur lui-même sans l'influence d'aucun autre moyen.

Ce fut chez cette dame que, pour la première fois, je remarquai que toutes les fois qu'un éclat de toux ou un mouvement de la malade venait à faire fuir l'artère sous les doigts, le sang recommençait à couler et ne s'arrêtait que lorsque j'avais pu ressaisir l'artère.

Cet effet, j'ai pu l'observer, depuis, en mainte autre occasion.

Qui pourrait ne pas voir là une preuve incontestable de l'efficacité de la compression de l'aorte !

Observation III. — *Hémorrhagie utérine grave, par inertie, après l'accouchement; — compression de l'aorte. — Rétablissement.* — Madame R... perdit en quelques heures une telle quantité de sang, qu'elle aurait promptement péri, si mon père n'eût comprimé l'aorte pendant plus d'une heure. Madame R.... s'est parfaitement rétablie.

Observations IV, V, VI. — *Hémorrhagie utérine grave, après l'accouchement, dans trois couches successives; — compression de l'aorte. — Rétablissement rapide.* — Madame M... fut prise du même accident, après l'accouchement, et dans trois couches successives. Chaque fois, il y eut des lipothymies; le pouls devint filiforme, la voix éteinte, la vue affaiblie, et la quantité de sang perdu très-considérable. Chaque fois, la compression, exercée avec soin, a pu suspendre instantanément l'hémorrhagie.

Depuis, j'ai trois fois encore donné des soins à cette dame; mais j'ai toujours prévenu le retour de tout accident de ce genre en administrant 4 grammes de seigle ergoté, pris en trois fois : un peu avant la dernière expulsion de la tête, après cette expulsion, puis immédiatement après la délivrance.

Observation VII. — *Hémorrhagie grave après l'accouchement; — compression de l'aorte. — Rétablissement lent.* — Le vendredi 2 novembre 1843, je fus appelé près de madame D..., cliente de MM. Gendrin et Marrotte. Plus d'une heure après la délivrance, et l'utérus étant revenu sur lui-même, madame D... fut prise tout à coup de tintements d'oreilles, de lipothymie ; un brouillard couvrit ses yeux, le pouls devint insensible, la voix s'éteignit ; le ventre avait repris du volume ; une hémorrhagie utérine interne et externe était manifeste. Introduisant immédiatement la main dans l'utérus pour extraire les caillots, je l'en retirai aussitôt pour pratiquer la compression de l'aorte : les accidents cessèrent comme par enchantement, mais il fallut continuer la compression pendant plus d'une heure. Le rétablissement fut lent et difficile, mais complet.

Observation VIII. — *Hémorrhagie utérine grave, par inertie, après l'accouchement; — compression de l'aorte. — Rétablissement rapide. — Hémorrhagie prévenue, dans un accouchement suivant, par l'emploi du seigle ergoté.* — Le 21 janvier 1842, madame S..., cliente de M. Collin, une demi-heure après sa délivrance,

fut prise d'une perte utérine externe si abondante, qu'en quelques minutes, l'état de faiblesse était devenu des plus alarmants. La perte fut immédiatement arrêtée par la compression de l'aorte, qui cependant ne fut continuée que pendant un temps fort court, l'utérus s'étant rétracté très-énergiquement sous l'influence d'une forte dose de seigle ergoté (2 grammes).

L'année suivante, je fus appelé près de cette dame, à Maisons-Alfort, et, comme je l'avais fait chez madame M..., je prévins tout accident en administrant 4 grammes de seigle ergoté.

Observation IX. — *Hémorrhagie grave, par inertie, après l'accouchement; — compression de l'aorte. — Rétablissement rapide.* — Le samedi 28 octobre 1848, madame B..., cliente de M. Legroux, accoucha de deux jumeaux, morts avant l'accouchement et sans cause appréciable. Le premier fut extrait par le forceps, le second vint seul, par le sommet; mais après l'expulsion de ce dernier, madame B... fut prise d'une syncope complète, et, en quelques secondes, l'utérus, inerte, s'emplit d'une grande quantité de sang. La main procéda immédiatement à la délivrance, puis aussitôt à la compression de l'aorte, pendant que les assistants, terrifiés, plaçaient sur les cuisses de la malade des serviettes trempées dans l'eau glacée, etc.

J'avoue que, sans ma confiance dans l'efficacité de la compression de l'aorte, j'aurais été moi-même dans un grand état d'anxiété; mais je vis bientôt l'écoulement sanguin extérieur se suspendre, madame B... ouvrir les yeux, parler et nous demander à boire. 2 grammes de seigle ergoté étaient là, tout préparés dans un demi-verre de limonade froide très-acide. La malade but tout d'un trait : l'utérus, inerte usque-là, ne tarda pas à revenir sur lui-même; tout danger avait disparu. Cependant je continuai la compression de l'aorte pendant près de deux heures, et je ne cessai que lorsque mes forces me trahirent. Madame B... s'est parfaitement rétablie.

Observation X. — *Insertion du placenta sur l'orifice; — version; — compression de l'aorte. — Mort.* — Madame M... éprouvait, depuis le sixième mois de sa grossesse, des pertes incessantes qui avaient fini par déterminer un état d'anémie extrême. Je fus appelé vers le milieu du huitième mois. A mon arrivée, le toucher me fit reconnaître le placenta inséré sur le col utérin. Un sang décoloré s'écoulait en abondance au dehors de la vulve, et l'affaiblissement croissait d'heure en heure; quelques douleurs molles, rares, avaient cependant assoupli et dilaté en partie le col, circonstance qui avait augmenté l'hémorrhagie; les membranes étaient rompues. Que faire alors? Rester inactif? c'est vouer la malade à une mort certaine. Agir? mais le tampon n'était plus possible. L'extraction seule du produit pouvait être tentée, et toutefois c'était exposer à voir périr la malade dans une opération que son peu de vitalité ne lui permettrait pas de supporter. Cependant ce dernier parti était le seul qui pût être pris. Le seigle ergoté fut administré, les réfrigérants appliqués et la version pelvienne pratiquée rapidement et sans difficulté : l'enfant avait cessé de vivre, comme cela a toujours lieu en pareille circonstance. Le placenta, en partie détaché, fut extrait immédiatement, et l'utérus revint sur lui-même avec une certaine énergie. Madame M..., dans un état presque syncopal, fut reportée sur son lit; on disposa sous elle des linges blancs pour apprécier la quantité de sang qu'elle perdrait, et la compression de l'aorte fut immédiatement pratiquée. L'utérus resta énergiquement rétracté; quelques gouttes de sang s'échappèrent à peine par la vulve, et cependant la malade s'affaiblit de plus en plus; la voix s'éteignit; on vit paraître les angoisses observées par M. Négrier dans des cas analogues, et, avec elles, tout l'effrayant cortége des symptômes précurseurs de la mort : une syncope ultime termina cette triste scène. La quantité de sang perdu a été beaucoup trop minime

pour pouvoir expliquer la mort chez une femme qui n'aurait pas été déjà profondément affaiblie; mais dans le cas dont il s'agit, après des hémorrhagies abondantes et successives, la plus légère perte de sang a suffi pour priver les organes du stimulant indispensable au maintien de leur exercice, et la vie s'est éteinte, malgré la compression de l'aorte, et non parce que cette compression a été pratiquée, mais parce qu'elle n'a été employée que trop tard et *in extremis*.

Observation XI. — *Implantation centre sur centre du placenta sur l'orifice; — mort de l'enfant. — Rétablissement rapide de la malade.* — Madame C..., cliente de M. Richelot, était parvenue au septième mois d'une première grossesse, lorsqu'elle fut prise d'une hémorrhagie légère que firent cesser le repos et les boissons froides. Quinze jours après, un nouvel écoulement fut promptement arrêté à l'aide des mêmes moyens. Enfin à huit mois et demi, survint encore une hémorrhagie plus grave que les précédentes, et accompagnée de douleurs sourdes. A l'aide du speculum, nous appliquâmes le tampon aussi exactement que possible : l'hémorrhagie s'arrêta, mais les douleurs s'accrurent. Au bout de trois ou quatre heures, lorsque nous pensâmes que le col avait dû se modifier suffisamment sous l'influence des douleurs, nous retirâmes le tampon pour pratiquer la version. Un caillot considérable s'était formé à la partie supérieure du tampon, et, remplissant le segment inférieur de l'utérus, avait refoulé les membranes en haut. Il fallut donc, pour parvenir jusqu'à la tête de l'enfant, traverser ce caillot épais, puis contourner le placenta pour arriver aux membranes. Cette disposition est celle qu'on rencontre toujours dans des cas de cette sorte ; mais jamais je ne l'ai vue aussi prononcée qu'ici.

J'insiste sur ces détails, parce que, de prime abord, et au moment où elle pénètre, la main étonnée hésite jusqu'à ce qu'elle ait pu reconnaître les diverses parties qu'elle rencontre. La version fut rapide ; mais l'enfant avait succombé, et la mère, notamment affaiblie, était dans un état de demi-syncope. Je fis immédiatement, et pendant une demi-heure, la compression de l'aorte. Madame C... se ranima bientôt et ne ressentit aucune des angoisses décrites par M. Négrier. Le rétablissement fut rapide. Appelé en consultation pour ce cas auprès de cette dame, je dus refuser la proposition qu'elle me fit de lui donner de nouveau des soins dans une seconde grossesse ; cette fois, ce fut M. Danyau qui l'accoucha. Tout se passa naturellement dans ce second accouchement.

Observation XII. — *Hémorrhagie utérine grave, par inertie, après l'accouchement. — Rétablissement. — Hémorrhagie prévenue par l'usage du seigle ergoté, dans un accouchement suivant.* — Une heure environ après un accouchement heureux, madame M..., cliente de M. Gendrin, fut prise d'une hémorrhagie utérine des plus abondantes. Je comprimai l'aorte, et l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. Je continuai la compression pendant deux heures. Durant ce temps, les réfrigérants, le seigle ergoté, les boissons froides fortement acidulées ayant fait revenir l'utérus sur lui-même, je cessai la compression, qui avait été très-bien supportée par la malade. Toute la nuit, je restai en surveillance auprès de madame M..., dont le rétablissement s'opéra aussi rapidement que dans ses couches précédentes.

Cette année, dans un accouchement suivant, j'administrai le seigle ergoté, et aucun accident ne se manifesta.

Observation XIII. — *Implantation du placenta au voisinage de l'orifice; — version; — mort de l'enfant; — compression de l'aorte. — Prompt rétablissement.* — Madame X..., cliente de M. Lesaulnier, et belle-mère d'un de nos confrères, arrivée au terme d'une troisième grossesse, quinze ans après le second accouchement, fut prise d'une hémorrhagie utérine grave. En l'absence de M. Lesaulnier, M. le docteur

Braive, chargé de le remplacer, me fit appeler. Lorsque j'arrivai, le col n'était ni dilaté ni dilatable; pour lui laisser le temps de se modifier, nous appliquâmes le tampon et nous passâmes la nuit auprès de la malade, en faisant usage des réfrigérants, et en administrant, de temps en temps, une petite dose de seigle ergoté. Vers le matin, jugeant d'après l'intensité des douleurs et d'après leur continuité que le col devait être suffisamment modifié, nous retirâmes le tampon et nous fîmes la version. L'enfant, comme toujours, avait succombé ; mais loin de s'arrêter, l'hémorrhagie reprit une nouvelle intensité. Je délivrai la malade, je vidai l'utérus et le vagin, et je me hâtai de comprimer l'aorte. Instantanément la perte s'arrêta, les lipothymies cessèrent, et, trois heures après, nous pûmes quitter madame X... qui s'est promptement rétablie.

Nous passâmes, M. Braive et moi, une nuit bien anxieuse ; mais la reconnaissance de toute cette famille nous dédommagea bien des vives alarmes auxquelles nous avions été livrés pendant les longues heures de cette triste nuit.

Observation XIV. — *Rétrécissement du bassin ; — application du forceps ; — perforation du crâne ; — hémorrhagie utérine grave après la délivrance. — Rétablissement rapide.* — Madame *** était atteinte d'un rétrécissement du bassin si prononcé, que le forceps, appliqué par M. Hatin, au-dessus du détroit supérieur, fut insuffisant pour extraire l'enfant, et qu'il me fallut recourir à la perforation du crâne pratiquée dans les mors de l'instrument. Immédiatement après la délivrance, madame *** fut prise d'une hémorrhagie utérine tellement abondante, que le sang jaillissait en arcade au dehors de la vulve. Je comprimai l'aorte et l'hémorrhagie s'arrêta brusquement. Je continuai la compression pendant une heure et demie, à tel point que, fatigué par la première opération, j'étais près de perdre connaissance. Pendant ce temps, les réfrigérants, le seigle ergoté, etc., avaient opéré le retrait de l'utérus. Madame ***, qui n'avait ressenti aucun des effets décrits par M. Négrier, s'est rétablie rapidement.

Observation XV. — *Hémorrhagie utérine après un accouchement rapide ; — compression de l'aorte. — Rétablissement lent, mais complet.* — Madame E. P..., cliente de M. Paulin, enceinte pour la troisième fois, accoucha à terme et très-rapidement. Une heure après sa délivrance, cette dame fut prise d'une hémorrhagie utérine grave. La compression de l'aorte, que je fis immédiatement, suspendit instantanément la perte : les réfrigérants, le seigle ergoté firent le reste.

Le tempérament lymphatique de madame P... rendit le rétablissement assez lent, et, malgré un régime analeptique convenable, il fallut du temps pour que les forces revinssent.

Observation XVI. — *Accouchement de deux jumeaux, au terme de six mois ; — hémorrhagie utérine ; — compression de l'aorte. — Rétablissement rapide.* — Madame B..., cliente de M. Bonnassies, enceinte pour la huitième fois, accoucha de deux jumeaux au terme de six mois. Trois heures après la délivrance, malgré quelques doses de seigle ergoté que M. Bonnassies avait jugé prudent d'administrer, madame B... fut prise d'une perte interne et externe. M. le docteur Desjardins de Morainville, mandé à la hâte, désemplit l'utérus, fit la compression de l'aorte, et l'accident cessa immédiatement. J'avais également été appelé. Lorsque j'arrivai, l'hémorrhagie était arrêtée depuis trois quarts d'heure, et je n'eus qu'à constater cet heureux effet de la compression de l'aorte.

Observation XVII. — *Implantation du placenta sur l'orifice ; — version ; — hémorrhagie utérine grave ; — compression de l'aorte ; — métro-péritonite. — Rétablissement complet.* — Madame L. ., cliente de M. Bazin, enceinte pour la première

fois à trente-cinq ans, fut prise à terme d'une hémorrhagie utérine grave qui avait pour cause une implantation du placenta sur l'orifice. Le col n'était ni dilaté ni dilatable; les membranes étaient intactes; aucune contraction ne s'était manifestée; il fallait donc s'opposer au cours du sang, administrer le seigle ergoté, puis attendre.

M. A. Belin avait bien voulu m'assister dans cet accouchement. Nous appliquâmes le tampon à l'aide du petit ballon de caoutchouc de M. Gariel; nous donnâmes 1 gramme de seigle ergoté, et M. Belin resta toute la nuit en surveillance auprès de la malade. Sur le matin, nous trouvâmes le col suffisamment dilaté et nous pûmes extraire, par la version, un enfant qui avait cessé de vivre. Cependant, après la délivrance, l'hémorrhagie utérine persistait avec intensité; je comprimai immédiatement l'aorte, et l'écoulement du sang fut instantanément suspendu. Il me fallut continuer la compression pendant une heure et demie, jusqu'à ce que la rétraction de l'utérus ait été déterminée par les réfrigérants et par quelques nouvelles doses de seigle ergoté.

Le huitième jour après l'accouchement, madame L... fut prise d'une métro-péritonite, au milieu des circonstances les plus déplorables. Ainsi, au plus fort de sa maladie, elle eut la douleur de perdre son mari, qui succomba à une pneumonie, sous les yeux même de sa femme. Cependant, madame L... guérit, et même son rétablissement fut assez facile et ne tarda pas à être complet.

Observation XVIII. — *Hémorrhagie utérine grave, par inertie, après l'accouchement; — compression de l'aorte; — arrêt de l'hémorrhagie. — Rétablissement.* — Madame de R..., cliente de MM. Rayer, Ricord, Baron, Roth, enceinte pour la troisième fois, éprouva pendant cette grossesse des accidents nerveux réitérés, et, vers le sixième mois, il y eut des menaces répétées de fausse couche. Cependant le terme arriva, et madame de R... accoucha très-heureusement et très-rapidement d'un garçon d'une force remarquable. La délivrance s'effectua spontanément, et l'utérus revint promptement sur lui-même ; cependant quinze minutes environ après l'accouchement une hémorrhagie utérine grave se manifesta. La compression de l'aorte modéra instantanément le cours du sang. Mais il me fallut comprimer l'aorte pendant deux heures et demie, jusqu'à ce que la rétraction de l'utérus se fût de nouveau opérée sous l'influence du seigle ergoté, de la glace, du massage utérin, de l'introduction de la main dans l'utérus, etc. ; le retrait ne s'opéra que lentement et difficilement. La malade était prise de syncopes fréquentes ; les mains étaient décolorées ; les ongles et le bout des doigts bleus, le pouls insensible.

Cette hémorrhagie a eu pour cause un développement excessif de l'utérus, provenant du volume de l'enfant et de la quantité insolite du liquide amniotique. Et cependant, avant l'entière dilatation du col, j'avais eu la précaution de rompre prématurément les membranes, afin de faciliter l'écoulement graduel du liquide, et par suite le retrait progressif de l'organe. J'avais, de plus, dans le même but et pendant un certain temps, retenu les parties fœtales engagées à la vulve; mais, malgré ces procédés préventifs, la déplétion avait été encore trop rapide, et après avoir expulsé les divers produits contenus dans sa cavité, l'utérus, étonné, était demeuré inerte. Le bon état de mes forces en ce moment, et l'énergie morale qui vint les soutenir, me permirent de continuer cette compression aussi longtemps sans craindre de voir ces forces m'abandonner; mais, le danger passé, je tombai dans un affaissement difficile à décrire.

Jamais, d'ailleurs, je n'ai été secondé par le sang-froid, le courage des parents et des assistants, comme je l'ai été dans cette circonstance; sans cette coopération si utile et sans l'extrême sécurité que me donnait ma confiance dans la compression de l'aorte, cette opiniâtre inertie de l'utérus m'aurait inspiré les plus vives alarmes.

Observation XIX. — En 1852, je fus appelé par M. Richelot chez une dame, qui avait été prise immédiatement après l'accouchement d'une hémorrhagie grave ; notre savant confrère, quand j'arrivai, s'était rendu maître de l'accident au moyen de la compression de l'aorte : l'hémorrhagie avait été déterminée par des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus, tumeurs qui s'étaient opposées à la rétraction de l'organe. C'est dans cette circonstance que M. Richelot a pu constater, comme je l'ai fait si souvent, l'efficacité de la compression de l'aorte, car dès qu'il cessait de comprimer, l'hémorrhagie se renouvelait.

Observation XX. — Mon ami Cazalis me fit appeler, un dimanche matin, chez madame ***. L'accouchement avait été très-rapide, la délivrance spontanée avait suivi immédiatement l'enfant, et une hémorrhagie grave avait été la conséquence de cette déplétion trop brusque. Madame *** resta dans un état de lipothymie constant, le pouls insensible; tous les moyens employés pour déterminer le retrait de l'utérus étaient sans effet : la compression de l'aorte seule, exercée pendant près de quatre heures par M. Cazalis et par moi, retint chez cette femme la vie près de s'échapper, jusqu'à ce qu'enfin, l'utérus revenant sur lui-même, l'hémorrhagie arrêtée ne reparut plus et le pouls redevint perceptible. Le rétablissement a été long, mais complet.

Observation XXI. — Madame A... ; accouchement rapide, eaux amniotiques abondantes ; hémorrhagie interne et externe très-grave avant la délivrance ; extraction du placenta, seigle ergoté, réfrigérants ; pouls insensible, mains bleues ; compression de l'aorte exercée alternativement par MM. Gery, Belin et moi pendant près de deux heures. Rétablissement complet.

Les vingt et une observations que j'ai fait connaître dans la 3e édition, et les faits nombreux que j'ai observés depuis, dont le dernier (22 novembre 1860) avec M. Richelot, répondent victorieusement aux objections qui ont été faites contre ce moyen si précieux.

J'ai laissé de côté tous les cas d'hémorrhagie légère dans lesquels les réfrigérants, le seigle ergoté, etc., ont suffi pour empêcher la perte de devenir grave, que cette perte ait été due au décollement prématuré du placenta ou à l'insertion anormale de cet organe.

Je n'ai pas relaté non plus les cas où l'hémorrhagie grave pendant l'accouchement a cessé par la seule extraction de l'enfant et du placenta, quelle qu'ait été la cause de l'hémorrhagie.

Mais je me suis seulement attaché à mettre en lumière les cas où l'hémorrhagie grave avant l'accouchement avait persisté après, et ceux dans lesquels l'hémorrhagie grave ne s'était produite qu'après l'accouchement.

Et l'on a vu que, sur vingt et un cas d'hémorrhagie grave dans lesquels l'aorte a été comprimée pendant un temps plus ou moins long, une seule femme a succombé, parce que cette compression n'a été faite que sur un sujet exsangue.

Que, dans les autres cas, l'hémorrhagie grave a été immédiatement suspendue jusqu'à ce que les moyens curatifs de l'hémorrhagie, le seigle ergoté, le massage utérin, les réfrigérants, etc., aient

eu le temps de déterminer le retrait de l'utérus ; qu'en un mot, la compression de l'aorte a sauvé ces femmes d'une mort presque certaine, j'en ai la conviction profonde.

Maintenant si dans les faits qu'on a voulu opposer à la compression de l'aorte le résultat a été tout autre, si la moitié des femmes a péri, cela tient, comme je vais le démontrer dans un moment, en appréciant ces faits, à ce que la compression de l'aorte n'a été faite qu'en désespoir de cause, sans suite, sans persévérance, sans méthode.

Cette opinion sur l'efficacité de la compression de l'aorte est, au reste, partagée par un grand nombre d'observateurs sévères.

M. Dezeimeris [1] s'est attaché à remonter à la source de cette invention ; ses recherches lui ont permis de constater que la première idée de la compression de l'aorte dans les cas d'hémorrhagie après l'accouchement était due à Daniel Ludwig Rudiger, accoucheur à Tubingue. C'est dans le *Journal de chirurgie de l'Oder* [2], que cette découverte fut annoncée, et c'est Ploucquet qui en fut l'éditeur.

Remarquons qu'alors encore son procédé consistait seulement à introduire la main dans l'utérus et à comprimer l'artère de l'aorte à travers la paroi postérieure de l'utérus, procédé difficile, douloureux. Au dire de Ploucquet, Daniel Ludwig Rudiger a sauvé la vie à une femme de vingt ans par cette compression ainsi pratiquée : l'*hémorrhagie diminua à l'instant même.*

M. Dezeimeris avance encore, d'après le témoignage d'Otto [3], que le docteur Thulstrop, de Christiania, mettait cette méthode en pratique avec le plus grand succès depuis 1810, et l'enseignait dans ses leçons à la Clinique d'accouchement depuis 1816. Telle est l'origine la moins contestable de cette précieuse découverte ; restait maintenant à trouver un procédé moins difficile, moins susceptible d'offrir des dangers.

Au mois d'août 1825, le docteur Ulsamer, médecin en second de l'Institut d'accouchement de Wurzbourg, fit annoncer, dans le journal de Froriep [4], qu'il se proposait de publier incessamment un mémoire dans lequel il établirait qu'après la sortie du fœtus de la matrice, le paquet intestinal, refoulé pendant la durée de la grossesse dans la partie supérieure de la cavité abdominale, ne retombait pas en masse immédiatement dans la cavité du bassin après l'accouchement, et qu'il était facile, en enfonçant la main entre ce paquet et

[1] *Lettres sur l'histoire de la médecine.* Paris, 1838, in-8.

[2] Iena 1797, t. I.

[3] Dans Casper, *Kritisches Repertorium für die gesammte Heilkunde*, 1830, t. XXVII, p. 412.

[4] *Notizen aus dem Gebiethe der Natur und Heilkunde*, août 1855, nº 227, p. 112.

le fond de l'utérus, au niveau de l'ombilic et sur le côté gauche, d'atteindre l'aorte au-dessus de sa bifurcation, et de la comprimer assez fortement contre la colonne vertébrale pour diminuer considérablement l'abord du sang dans l'utérus, et suspendre les hémorrhagies de ce viscère, et qu'il pouvait parler par expérience de l'efficacité de ce moyen : L'auteur, dans le mémoire qui suivit de près cette annonce, rapporte quatre observations de succès complet, et ajoute qu'il pourrait rapporter quantité de cas semblables.

Un peu plus tard, en France, M. L. Baudelocque, guidé par les mêmes pensées, arrivait au même résultat, et dotait la pratique obstétricale française de ce bienfaisant procédé. Cet honneur ne tarda pas à lui être disputé par M. le docteur Trehan, qui, de son côté aussi, ignorant les travaux de ses prédécesseurs, arrivait au même résultat qu'eux.

Presque tous les chirurgiens distingués de notre école se sont empressés de donner à cette précieuse découverte l'autorité de leur nom ; je citerai, en outre :

M. le docteur Vial, de Saint-Étienne [1] qui rapporte quelques cas de compression de l'aorte suivis de succès ;

M. Seutin [2], qui adjure les praticiens et les sages-femmes de faire bien méthodiquement usage de ce procédé puissant et simple d'hémostasie, afin de soustraire à une mort imminente les accouchées frappées de métrorrhagie foudroyante. Il détaille longuement les procédés qu'il conseille de suivre pour exercer avec sûreté cette compression.

M. Cazeaux [3] se montre très-partisan de cette compression, et cite plusieurs faits à l'appui de son opinion. Ainsi que moi, il a trouvé la compression inefficace dans un seul cas, parce qu'il avait été appelé *in extremis*.

M. Duparcque [4] se montre très-partisan de ce précieux moyen, et, sur un très-grand nombre d'accouchements, n'a plus perdu une seule femme d'hémorrhagie depuis qu'il use de la compression.

M. Devilliers fils, dans le même journal, a aussi cité deux faits de la compression de l'aorte qui avait été exercée utilement.

Dans une lettre adressée à l'Académie des sciences par M. le docteur Duhamel, sur les avantages de la compression de l'aorte, comparée à la transfusion, cet honorable collègue cite trois faits de sa

[1] *Journal de médecine de Lyon*, 1844.
[2] *Archives de médecine belge*, 1845.
[3] *Revue médicale*, octobre 1848.
[4] *Ibid.*

pratique, et des plus concluants, en faveur de la compression. Les voici :

« Le premier est celui d'une femme de trente ans environ, qui, après un deuxième accouchement terminé rapidement et facilement, fut immédiatement prise d'une perte de sang tellement abondante, que la vie ne tarda pas à être compromise, malgré l'emploi des moyens ordinaires (affusions d'eau froide, introduction de la main dans l'utérus, etc.) mis en usage par l'accoucheur qui l'avait fait appeler. Il pratiqua immédiatement la compression de l'aorte, qui eut un plein succès. La perte fut arrêtée, et la femme se rétablit assez promptement.

« Deux ans après (au mois de juillet 1844), nous assistions la même femme pendant un accouchement, dit M. Duhamel, qui suivit d'abord la marche la plus régulière; mais le dixième jour, à la suite d'une impression morale vive, au moment où elle était levée pour qu'on fît son lit, elle fut prise d'un écoulement de sang qui alla en augmentant pendant quelques heures, malgré l'emploi des astringents et le seigle ergoté. Bientôt la perte devint considérable; l'utérus se développa et arriva au niveau de l'ombilic. C'est alors que nous fûmes appelés en toute hâte et que nous trouvâmes la femme exsangue, quoiqu'on l'eût inondée d'eau froide en attendant notre arrivée. Le cas nous paraissant très-pressant et très-grave, nous fîmes immédiatement la compression de l'aorte au-devant du corps des dernières vertèbres lombaires. Ici la difficulté était grande, à cause de la résistance des parois abdominales, qui depuis six jours étaient revenues sur elles-mêmes. La compression, quoique fatigante, fut cependant maintenue au moyen d'aides intelligents pendant quatre ou cinq heures. Le résultat fut heureux, la perte de sang fut arrêtée immédiatement, et la femme se rétablit en moins de quinze jours.

« Nous arrivons au troisième fait de compression de l'aorte; nous le croyons d'un plus grand intérêt encore que les deux précédents.

« Pendant la nuit du 1er au 2 mars 1847, nous fûmes appelés auprès d'une dame qui était arrivée au huitième mois et demi de sa seconde grossesse; nous ne fûmes nullement surpris de la voir baignée dans son sang, puisque depuis quinze à vingt jours de petites hémorrhagies s'étaient manifestées à plusieurs reprises, et l'avaient obligée de garder le lit et le repos le plus absolu. La pensée que nous eûmes que ces pertes étaient entretenues par l'implantation du placenta sur le col nous engagea à terminer tout de suite l'accouchement, ce que nous fîmes en allant chercher les pieds de l'enfant. Le col, du reste, était mou, souple et offrait une dilatation de la grandeur

d'une pièce de cinq francs. La délivrance s'effectua spontanément, et quand nous quittâmes l'accouchée, une heure après, l'utérus était déjà, en grande partie, revenu sur lui-même, et toute perte de sang avait cessé. Mais une heure après notre départ, elle avait reparu et était tout de suite devenue si abondante qu'il y eut plusieurs syncopes, et qu'à notre arrivée nous trouvâmes la femme absolument exsangue. Nous crûmes cependant ne devoir mettre en usage aucun autre moyen que la compression de l'aorte, qui fut très-facilement pratiquée par suite du relâchement des parois abdominales.

« L'hémorrhagie fut immédiatement suspendue, mais nous avions trouvé la malade dans des conditions telles que nous crûmes devoir continuer la compression, avec l'aide du mari, pendant neuf heures de suite. En effet, au moment où elle fut commencée, il existait un refroidissement général du corps, et la perte de sang avait été tellement abondante, que ce ne fut que vingt-quatre ou trente heures après la suspension de la perte que nous commençâmes à apercevoir les battements des artères radiales.

« Les phénomènes qui dans ce cas ont suivi la compression exercée sur l'aorte prouvent que l'on réussit parfaitement par ce moyen à suspendre la circulation dans les parties inférieures du corps, et à faire refluer le sang vers les organes supérieurs. En effet, il y avait à peine une heure qu'elle était exercée que la malade, en même temps qu'elle accusait l'engourdissement et l'insensibilité des membres inférieurs, qui étaient pour elle comme morts, se plaignait de céphalalgie et d'étourdissement. »

Pendant que M. Duhamel établissait par les faits la supériorité de la compression de l'aorte, guidé par la même pensée, je lisais à l'Académie la note suivante, au sujet de la transfusion.

De la transfusion du sang.

Quatre faits de transfusion du sang ont été signalés à l'attention des médecins. Le premier appartient à M. Nélaton [1], l'autre à M. Marmonier, médecin des eaux d'Uriage [2].

Le troisième est ainsi rapporté [3] : Appelé auprès d'une dame de trente-huit ans, qui avait fait une fausse couche de deux mois quelques heures auparavant, et qui était réduite par la perte du sang à un état exsangue, avec faiblesse excessive, syncope à chaque instant et vomissements continuels, l'opération de la transfusion fut

[1] *Union médicale*, 21 décembre 1850.
[2] *Bulletin thérapeutique*, 30 mars 1851.
[3] Ranking's *Half early Abstract*, 1851, vol. XII.

pratiquée immédiatement par M. Bellasis-Masfen. Un mois après, la malade était parfaitement rétablie.

M. J. Soden, chirurgien à l'hôpital général de Bath, a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Londres, dans la séance du 11 mai, le fait suivant :

Une dame, enceinte pour la troisième fois et arrivée au terme de la grossesse, accoucha avec une si grande rapidité et avec des contractions utérines si violentes, que l'utérus se renversa. Ce renversement fut suivi d'une abondante hémorrhagie et d'une syncope. Le placenta fut décollé, et l'utérus reprit sa place ; il ne survint pas de nouvelle hémorrhagie. Mais telle avait été l'abondance de la première, qu'une demi-heure après la malade n'avait pas encore repris connaissance. Elle était insensible, froide, sans pouls et exsangue en apparence ; la respiration se faisait à longs intervalles ; elle était stertoreuse et saccadée. On lui fit avaler quelques cuillerées de boissons stimulantes, et l'on mit en usage les moyens habituellement usités en pareil cas. Cependant une nouvelle demi-heure s'écoule et la malade est dans un état plus alarmant encore ; à peine si elle peut avaler, la respiration devient de plus en plus rare et stertoreuse. Dans ces circonstances, M. Soden n'hésita pas à recourir à la transfusion : il ouvre la veine céphalique externe, y introduisit un tube à robinet, par lequel il injecta le sang provenant d'une saignée faite immédiatement au mari de cette dame et recueilli dans une petite seringue d'étain préalablement échauffée. D'abord le sang ne passait pas dans la veine, mais tout d'un coup la résistance fut vaincue, et le sang, bien que chassé avec modération dans la veine, pénétra assez rapidement pour que, instantanément, la malade fût prise de convulsions générales, avec une horrible distorsion des traits de la face ; une once au plus de sang avait été injectée. Ces convulsions ne tardèrent pas à se calmer : une heure après le pouls pouvait être senti au poignet, mais ce fut seulement le lendemain matin que la malade reprit connaissance. Pendant cet intervalle, la malade avait été continuellement soumise à l'emploi des stimulants. Elle est restée pendant assez longtemps dans un grand état de faiblesse, mais elle s'en est très-bien rétablie et a eu depuis un enfant.

En rapportant ce fait, M. Soden l'a fait suivre du résumé analytique de *trente-six* autres cas de transfusion, sur lesquels il a pu trouver des détails dans les auteurs, et de ces trente-six cas il en est vingt-neuf dans lesquels les malades ont échappé aux dangers les plus imminents.

Il est impossible de ne pas voir dans cette brillante opération que viennent de faire revivre l'habileté, la décision rapide de M. Néla-

ton, une ressource bien précieuse dans les cas désespérés; mais dans aucun de ces cas, la compression de l'aorte n'a été faite avant de pratiquer la transfusion, et j'ai l'intime conviction que cette compression mise en usage avant l'arrivée du chirurgien expérimenté dans le dernier fait cité aurait rendu la transfusion inutile; mes observations personnelles me conduisent nécessairement à cette conviction, mais je suis heureux de proclamer que, dans les cas où l'homme de l'art est appelé quand la femme est exsangue, la transfusion peut lui rendre la vie, et j'ai maintenant le regret de ne pas l'avoir employée dans le seul cas malheureux que j'ai cité [1].

Observations appuyées sur des faits observés par MM. Négrier et Bonnet. — Si maintenant nous passons aux objections tirées de quelques faits observés par des esprits prévenus, et qu'on voudrait opposer à la compression de l'aorte, je trouve en première ligne un mémoire de M. Négrier, puis une seule observation de M. Bonnet.

Dans le mémoire de M. Négrier, on trouve des considérations anatomo-physiologiques très-remarquables, mais malheureusement suivies d'une série d'observations dans lesquelles l'auteur, contre le but qu'il se propose, fournit des arguments tout à fait en faveur de la compression de l'aorte.

Quand bien même le nom de M. Négrier et l'autorité dont ce nom est revêtu ne m'auraient pas imposé l'obligation de répondre à ses objections dans l'intérêt de la science et de l'humanité, j'aurais dû apprécier les faits par lui cités, afin de repousser certains reproches qu'il m'adresse à l'occasion de cette compression de l'aorte.

Dans ce mémoire, M. Négrier a rangé les faits en deux groupes. Ceux du premier groupe, au nombre de treize, tendent à prouver que les pertes sanguines provenant du placenta inséré normalement sont bien moins graves que celles qui résultent d'une insertion du placenta sur le col. Chacun sera de cet avis. Le second, où sont exposés les cas d'insertion anormale du placenta, contient huit faits.

Voici quelques-unes des conclusions que l'auteur tire de l'ensemble de ces faits :

— Le tampon est utile dans tous les cas d'hémorrhagie après l'accouchement.

— La compression perpendiculaire de l'utérus doit toujours venir en aide à l'action du tampon.

— Il n'est aucun moyen assez puissant pour arrêter définitivement une hémorrhagie provenant des parois cervico-utérines.

— La compression de l'aorte ne suspend pas entièrement une hémorrhagie provenant des parois du col de la matrice. Ce moyen est dangereux parce qu'il fait perdre un temps précieux, et surtout parce qu'il peut porter un trouble profond dans les fonctions de la circulation et de la respiration.

Il me sera facile de combattre ces conclusions par les faits mêmes cités par l'auteur, en supposant que ceux que j'ai pu observer puissent laisser encore quelque doute.

Autorités citées par M. Négrier à l'appui de ses objections. — « M. le docteur « Chailly, dit-il [1], page 149, un des auteurs les plus récents, ne parle pas du tampon- « nement pour combattre les hémorrhagies qui succèdent à l'accouchement. Il

[1] Je reproduis ici textuellement ce que contient, au sujet de la transfusion, le mémoire que j'ai lu à l'Académie (*Bulletin de l'Académie*, t. XVI, 1850-51, p. 731 et 800), pour que chacun puisse juger s'il y a là une seule expression de blâme, comme on a voulu le donner à entendre, en torturant mon texte.

[2] *Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus.*

« insiste, dans les cas graves, sur l'emploi de l'ergot de seigle, quand tous les moyens « ordinaires ont fait défaut ; il prône la compression aortique (c'est encore, dit-il, « une des plus précieuses découvertes dont l'art obstétrical se soit enrichi). On a déjà « pressenti que mon opinion n'était pas la même sur ce moyen indiqué comme capital. »

Madame Lachapelle, MM. Demangeon, Désormeaux, Dugès, Nægelé, P. Dubois, Kilian, A. C. Baudelocque, se sont chargés de répondre pour moi. Ils ont dit, et je l'ai reproduit, que le tampon devait être banni de la pratique dans les hémorrhagies après l'accouchement, parce que ce serait substituer une hémorrhagie interne à une externe, et vouer la femme à une mort certaine. Cela est si vrai, que les accoucheurs qui conseillent le tampon dans ces cas, Chevreul et M. Négrier lui-même, ne veulent pas qu'il soit exactement obturant. Ce n'est donc plus un tampon.

Voici ce qu'en dit M. Négrier (page 150) :

« Si, comme élève de Chevreul, j'apportais ici mes souvenirs de sa pratique, et « aussi le fruit de mon expérience, je dirais que le tampon obturant, employé seul, « n'est pas toujours convenable, qu'il peut être dangereux, etc. »

C'est ce que j'espère prouver aussi par les faits cités par M. Négrier lui-même.

Puis, revenant à la compression de l'aorte, M. Négrier fait dire à madame Lachapelle que « le procédé de compression de l'aorte a été généralement exclu dans la « pratique. » Et c'est avec juste raison qu'elle blâme le procédé qui alors était exécuté par la main introduite dans l'utérus ; celui qui nous occupe n'étant pas encore inventé, l'autorité de cette femme célèbre devait-elle être invoquée ici, sans spécifier que c'étaient les inconvénients et les dangers du procédé qu'elle connaissait qui lui faisaient rejeter la compression, moyen qu'elle eût certainement adopté si elle eût connu le procédé de compression extérieure ?

Quant à l'opinion de M. A. C. Baudelocque, elle n'est pas défavorable à cette compression, et son témoignage doit, à plus d'un titre, être pris en grande considération. Voici sa citation faite encore par M. Négrier lui-même :

« Je comprends, dit M. A. C. Baudelocque, que la compression de l'aorte doit « suspendre tout écoulement du sang de l'utérus. Mais l'écoulement du sang, l'hé- « morrhagie, est l'effet de l'inertie, du défaut de resserrement de l'utérus, et je ne « vois comment la compression de l'aorte agirait contre cette inertie. »

Ai-je jamais dit autre chose, et ne me suis-je pas empressé de reconnaître que la compression de l'aorte était un moyen de suspendre la mort jusqu'à ce que d'autres moyens déterminassent le retrait de l'utérus. Et cependant la phrase que M. Négrier emprunte à M. A. C. Baudelocque pour appuyer son opinion, il la blâme dans ma bouche et me l'oppose.

« M. Chailly, dit M. Négrier, apporte des faits à l'appui de son opinion. Il dit « qu'un de ces faits eut pour témoin M. P. Dubois, circonstance d'une haute impor- « tance. Voici en quels termes M. Chailly s'exprime sur ce procédé : *La compression de « l'aorte est une des plus précieuses découvertes dont l'art obstétrical se soit enri- « chi.* — Cependant (c'est toujours M. Négrier qui parle), M. Chailly ajoute cette « phrase atténuante du procédé : « Cette compression, comme on le pense bien, n'est « pas un moyen curatif, elle permet de gagner du temps, circonstance bien précieuse « dans un accident si grave par sa rapidité. » Et pourquoi, reprend M. Négrier, si « ce moyen n'est pas curatif, s'il ne permet pas de gagner du temps, M. Chailly le « présente-t-il comme une merveille ? »

J'ai déjà répondu à cette objection.

Enfin, M. Négrier invoque le silence de M. Moreau, sur ce sujet ; je ferai observer à M. Négrier qu'il ne m'oppose là qu'un argument négatif qui ne comporte aucune réponse ; car il y a bien d'autres points très-importants de la pratique obstétricale qui ont été passés sous silence dans l'ouvrage de ce professeur et qui n'en sont pas moins consacrés.

Résumé des faits principaux rapportés par N. Négrier. — Page 57, observation quatrième. — La tête se présentant à un bassin vicié résista au forceps; *la version pelvienne est pratiquée dans le bassin rétréci*, puis la tête, après l'extraction du tronc, est arrêtée encore par le rétrécissement; une perte survient, la craniotomie est pratiquée; nouvelle hémorrhagie, aspersions froides. Rétablissement.

Page 61, observation sixième. — Hémorrhagie grave après la délivrance, compression de l'utérus à l'aide de compresses graduées et d'un bandage de corps; « la ma- « lade reste plusieurs heures, dit M. Négrier, dans un état de demi-évanouissement; » la femme s'est rétablie.

Le procédé de compression de l'utérus est un moyen très-utile, mais la compression de l'aorte, bien plus efficace encore, pouvait très-bien être faite en même temps que la compression utérine, et la femme ne serait pas restée dans cet état de demi-évanouissement, suspendue, pour ainsi dire, entre la vie et la mort.

Page 67, observation neuvième. — Hémorrhagie grave, tampon *exactement* appliqué, utérus *exactement* comprimé à l'extérieur; la perte s'arrête, mais la femme meurt le septième jour d'une métro-péritonite que M. Négrier lui-même *attribue au tampon*. N'est-il pas permis de penser qu'il aurait eu un autre résultat s'il eût comprimé l'aorte au lieu de placer le tampon.

Page 68, observation dixième. — Semblable à la précédente, mais la femme s'est rétablie.

Page 72, observation douzième. — Un seul accès d'éclampsie hémorrhagique grave, version, extraction du placenta encore en partie adhérent. « La malade, dit M. Négrier, *était restée sans connaissance et sans mouvement; sa pâleur était extrême, elle était froide, son pouls était à peine sensible, l'utérus était rétracté; la peau fut frictionnée et recouverte d'étoffes chauffées, cependant il survint une nouvelle hémorrhagie, et la femme succomba presque aussitôt.* »

J'ai encore l'intime conviction, par suite des faits que j'ai observés, que la compression de l'aorte aurait permis d'obtenir un tout autre résultat.

Page 74, observation treizième. — Nous arrivons enfin à la compression de l'aorte.

Perte grave interne, introduction de la main dans l'utérus pour extraire les caillots et le placenta et solliciter la rétraction de l'organe. M. Négrier quitte la malade *une heure après* (c'était bien tôt); immédiatement la femme est prise d'une syncope, et M. Négrier est rappelé en toute hâte. Il trouve la femme pâle, sans pouls; deux livres de sang et de caillots sont extraites de l'utérus, qui revient sur lui-même; mais une profonde et longue lipothymie suivit l'extraction du caillot. Compression de l'utérus, quelques chiffons vinaigrés sont introduits dans le vagin et jusque dans le col utérin; la malade peut rendre compte de ses *angoisses* qu'elle rapportait au cœur. Une demi-heure après, le pouls s'efface. M. Négrier croit la malade perdue : elle était de nouveau sans connaissance, une perte interne s'était déclarée; l'utérus fut vidé de nouveau, nouvelle faiblesse. La femme avait perdu une telle quantité de sang, que M. Négrier douta que la vie pût continuer; les *angoisses étaient affreuses*, la malade passait alternativement de cet état de contractions tumultueuses du cœur à un évanouissement complet. M. Négrier veut encore recourir au tampon, mais une nouvelle lipothymie l'y fait renoncer. *Il comprime enfin l'aorte;* les angoisses reviennent, la malade dit qu'on la tue. Il cesse la compression aortique et utérine, et ne comprime que l'artère seule; nouvelles angoisses plus terribles que les premières; la femme le prie de la laisser mourir tranquille. M. Négrier obtempère à son désir, mais la Providence en décida autrement, la malade survécut.

Une hémorrhagie grave a été abandonnée presque à elle-même; bien plus, par des applications successives du tampon, on aggrave l'accident. La femme est conduite à deux doigts de sa perte, elle éprouve des *angoisses affreuses*, qui accompagnent presque toujours les hémorrhagies graves; angoisses qui se sont manifestées

deux fois bien avant la compression de l'aorte. On comprime enfin l'aorte ; les angoisses augmentent, et l'on attribue ce fait à la compression, tandis que la compression de l'aorte faite en temps utile aurait prévenu tous ces accidents, épargné à cette pauvre femme les angoisses auxquelles elle a été en proie, celles auxquelles M. Négrier a dû être livré, et il aurait disputé à la nature l'honneur de la guérison.

Deuxième série. *Faits principaux.* — Page 82, observation première. — *Implantation du placenta sur l'orifice*, hémorrhagie renouvelée quatre fois avant le travail au septième mois, vingt jours après, puis dans le neuvième mois, où la malade perdit plus de 600 grammes de sang ; enfin, à six jours de là, à terme, et cette hémorrhagie fut plus considérable que les autres. Tamponnement exact. Le lendemain, le tampon est expulsé avec de volumineux caillots. Un gramme de seigle ergoté est administré, l'enfant vivant est expulsé une heure et demie après ; le sang coulait avec rapidité. Le placenta est extrait à l'aide de la main, la perte de sang est énorme, la lipothymie complète. Tamponnement avec un linge imbibé de vinaigre pur, compression du corps de l'utérus avec les mains, réfrigérants. La malade se rétablit.

Dans ce cas, l'utérus était doué d'une énergie de rétraction très-considérable qui, aidée de la compression utérine, permit d'appliquer un tampon vinaigré dont je m'explique l'efficacité dans le cas particulier où le sang est fourni par le segment inférieur de l'utérus : mais encore la compression de l'aorte eût dans ce cas dispensé de ce tampon, ou du moins énergiquement secondé son action ; elle eût été la seule planche de salut, si l'utérus n'eût pas été énergiquement rétracté.

Page 85, observation deuxième. — Ce fait est presque semblable au premier, la médication fut la même, le résultat aussi ; cependant M. Négrier ajoute que la face et les membres *sont pris de mouvements convulsifs*, et que la malade passe quatre heures dans un *état d'angoisses* voisin de la mort, le moindre mouvement faisait craindre une lipothymie.

Ici encore on ne peut refuser au tampon, et surtout à la Providence, une grande part dans la cessation de l'accident ; mais il eût cessé plus vite par la compression de l'aorte. On remarquera aussi que la femme eut des mouvements convulsifs et des angoisses, et cependant l'aorte n'était pas comprimée.

Page 88, observation troisième. — Insertion du placenta sur le col de l'utérus, perte au sixième mois, au septième, et quatre fois pendant le huitième et le neuvième. A terme, et au début du travail, nouvelle hémorrhagie. Seigle ergoté ; une application de forceps est tentée par un médecin qui précéda M. Négrier, mais inutilement. A son arrivée, M. Négrier trouva la malade d'une pâleur extrême, la peau couverte d'une sueur froide, la respiration haute et pénible, le pouls se sentant à peine.

L'enfant mort fut extrait immédiatement par le forceps ; la tête s'étant complétement engagée, l'utérus est comprimé ; la malade éprouvait des faiblesses effrayantes, *elle exprimait ses angoisses par ces mots vrais et terribles :* « Mon cœur bat à vide. « Je vais mourir. »

La malade veut être transportée sur un lit voisin, M. Négrier souscrit à son désir. Je ne puis l'en blâmer, car il se le reproche lui-même. Dans le transport, elle se redressa, un évanouissement ultime survint, puis la femme expira.

Toujours des angoisses, et cependant malheureusement l'aorte n'était pas comprimée ; si elle l'eût été, le cœur aurait cessé de battre à vide, et la femme aurait survécu.

Page 91, observation quatrième. — Insertion du placenta sur l'orifice, hémorrhagie grave évaluée à 1,500 grammes à terme. La version permit à M. Négrier d'extraire un enfant vivant, ce qui m'est rarement arrivé en pareil cas ; le placenta fut extrait, ainsi qu'une quantité de caillots de sang considérable, puis le vagin tamponné avec du linge imprégné d'eau vinaigrée. « La *réplétion exacte du vagin*, dit M. Négrier, *favorise l'accumulation du sang dans l'utérus, dont la contraction*

ne peut être maintenue exacte, malgré les frictions et la compression extérieure; du sang coula aussi au dehors. »

La compression de l'aorte est faite, des angoisses horribles surviennent ; on cesse immédiatement la compression, on extrait le tampon, on vide l'utérus, on replace un autre tampon moins exact. Le sang continue de couler avec lenteur, mais incessamment la compression de l'aorte est renouvelée en désespoir de cause, et continuée malgré les plaintes de la femme, qui succomba bientôt.

Encore le tamponnement fait après une première hémorrhagie interne, dans un cas d'inertie, et causant une nouvelle hémorrhagie interne ; le tampon fit en outre perdre un temps précieux : faite de prime à bord, la compression de l'aorte n'aurait pas été accompagnée des mêmes angoisses, que M. Négrier n'hésite pas à lui attribuer, et la compression de l'aorte est cessée au moment où l'on allait en recueillir les fruits.

Puis il y revient *en désespoir de cause*, c'est-à-dire beaucoup trop tard, alors que la malade était en proie aux convulsions de l'agonie.

Fâcheuses irrésolutions résultant d'un esprit prévenu.

Page 96, observation cinquième. — Insertion du placenta sur le col, hémorrhagie considérable dès le début du travail à terme ; tamponnement avant la rupture des membranes; rupture des membranes, extraction du tampon et de quelques caillots; extraction de l'enfant par le forceps, délivrance prompte ; la main fut laissée dans l'utérus, frictions sur l'utérus, aspersions froides ; une perte interne survint, un caillot du volume du poing fut extrait de l'utérus ; seigle ergoté ; le sang coulait toujours, la malade était dans un état de lipothymie presque complet, « ne croyant « pas prudent, dit M. Négrier, de tamponner le vagin, dans la crainte de favoriser « l'accumulation du sang dans l'utérus. » D'où vient le scrupule ici ? Pourquoi ne l'a-t-il pas eu dans les cas analogues qui précèdent ?

Il comprime l'aorte et croit remarquer une augmentation dans les angoisses, et malgré cette compression, le sang continue de couler ; la malade rouvre les yeux et s'écrie : « Je vais mourir ! » et elle expire en effet.

Toujours un temps précieux perdu, toujours la même tendance à attribuer les accidents qui résultent d'un état voisin de la mort à cette compression aortique tentée *in extremis;* et cependant je ne puis pas me défendre de penser, en jugeant par analogie, que si la compression eût été exactement faite, même tardivement, elle eût eu un meilleur résultat.

Page 110. Observation sixième. — Insertion du placenta sur le col utérin ; hémorrhagie grave à huit mois : le sang écoulé pesait 50 grammes; tamponnement vaginal retiré le lendemain. Trois jours après, légère hémorrhagie, puis encore trois jours après nouvelle perte évaluée à 500 grammes. M. Négrier tamponne de nouveau et propose la version, proposition bien sage qui est refusée par les consultants.

L'hémorrhagie se renouvelle trois jours après; nouveau tampon, seigle ergoté, version, délivrance facile, tampon exact avec le linge imprégné de vinaigre pur, compression utérine, imbibition du tampon; nouvelle perte interne et externe, compression de l'aorte. Ici je laisse parler M. Négrier :

« Il me fut impossible de continuer cette compression, j'étouffais la malade. Des « gestes de détresse exprimaient ses angoisses cordiales, et quelques mots me firent « comprendre qu'elle ne pouvait supporter la pression que j'exerçais. »

M. Négrier cesse donc de comprimer, il enlève le tampon et les caillots, et le remplace par un autre. Peu de temps après, la femme expire.

Si le tampon est indiqué après l'accouchement, ce que je nie pour la plupart des cas, encore faut-il l'appliquer exactement; puis enfin ne pas cesser cette compression de l'aorte à peine commencée, parce que la malade s'en plaint, exprime par des gestes

sa détresse. Vaut-il mieux la laisser mourir que d'augmenter des angoisses qu'elle n'aurait pas endurées si l'on n'avait pas perdu un temps précieux ?

Page 104. Observation septième. — Insertion du placenta sur le col, hémorrhagie légère à huit mois, puis à huit mois et demi, puis dix jours après, enfin deux jours après cette dernière; tamponnement exact, le soir le tampon est retiré ; seigle ergoté sans effet. L'enfant fut extrait vivant par la version, le placenta fut aussi extrait rapidement. Le sang continuait de couler, une lipothymie s'annonçait. M. Négrier tamponne très-exactement le vagin et comprime fortement le fond de l'utérus au moyen d'un bandage ; le sang continua encore de couler un peu, enfin la perte s'arrêta, et la malade était rétablie au bout d'un mois.

La jeune femme était primipare, l'utérus fortement rétractile, ce qui explique comment le tampon n'a pas déterminé d'hémorrhagie interne grave, et comment il a pu arrêter l'hémorrhagie externe.

Page 110. Observation huitième. — Insertion du placenta sur le col, hémorrhagie légère, version, enfant vivant, délivrance immédiate ; tamponnement avec le linge vinaigré, compression utérine ; guérison.

Dans ce fait, analogue au précédent, les résultats obtenus par le tampon s'expliquent par les mêmes causes ; mais dans le dernier encore, comme dans les autres, j'aimerais mieux avoir recours à la compression de l'aorte qu'au tampon.

En résumé, il résulte des treize observations dans lesquelles l'aorte fut comprimée, que ce moyen n'a été mis en usage que comme dernière ressource, *in extremis*, comme le dit lui-même l'auteur, après avoir tout employé sans succès et sur des sujets anémiques, et que la moitié des femmes ont succombé ; que ce résultat déplorable est dû au tamponnement, dans les cas où il a été exactement fait, parce qu'il a substitué une perte interne à une externe, et le plus ordinairement à ce que la compression de l'aorte n'a été pratiquée qu'en désespoir de cause, quand la vie était près de s'éteindre, et encore parce que cette compression avait été exercée sans suite et sans persévérance.

J'ai l'intime conviction qu'il en eût été autrement si l'on eût suivi une conduite inverse, et j'avoue que lorsque je compare les résultats signalés dans ce mémoire à ceux que bien de nos confrères obtiennent chaque jour, à ceux que j'ai obtenus moi-même, je reste confondu.

M. Bonnet, professeur d'accouchement à l'École préparatoire de Poitiers, a signalé un cas où la compression de l'aorte a été inefficace pour arrêter une hémorrhagie après l'accouchement.

« Jusque-là, dit ce savant confrère [1], j'avais appris à compter sur « la compression de l'aorte qui m'avait autrefois réussi. » Et alors dans le titre placé en tête de son article, on lit cette proposition : « *Est-il prudent de trop compter sur cette compression ?* »

[1] *Union médicale*, 11 janvier 1851.

Certes, ce fait rapporté par M. Bonnet, celui que j'ai exposé, et quelques autres bien rares heureusement, qu'on pourrait y joindre, prouvent que dans certaines conditions, la femme étant exsangue, la mort est inévitable ; quoi qu'on fasse, la transfusion seule peut laisser quelques chances de salut.

Ainsi M. Bonnet se demande si chez cette fille sur laquelle il a exercé cette compression inutilement, l'ennui, l'abattement, les passions tristes qui avaient assailli cette fille délaissée n'avaient pas empêché une réaction nerveuse ; il est croyable, ajoute-t-il, que telle a été, en effet, la cause qui a rendu vains tous les moyens employés pour conserver ses jours, la compression aortique elle-même.

L'état de l'utérus, trouvé à l'auptosie, mou, flasque, distendu, pâle, décoloré, vient à l'appui de cette pensée.

Mais quoique M. Bonnet ne dise pas, comme auraient dit certains antagonistes de la compression de l'aorte, que cette femme est morte parce qu'on comprima l'aorte, mais bien malgré qu'elle ait été comprimée, il n'en avance pas moins une proposition qui ne me semble pas devoir être rigoureusement déduite de l'observation des faits.

Ainsi je ne comprends pas qu'il puisse être imprudent de trop compter sur la compression de l'aorte, quand on la met en usage concurremment avec tous les autres moyens connus. On ne peut jamais, dans ce cas, trop compter sur elle ; c'est un moyen de plus ajouté aux autres, et qui donne le temps à ceux-ci d'agir. Cette proposition pourrait être vraie si l'on employait la compression seule à l'exclusion des autres moyens ; mais elle ne peut l'être quand on met en usage tous les moyens usités en pareil cas, comme si l'on ne comprimait pas l'aorte.

L'hémorrhagie est l'accident le plus redoutable que l'accoucheur soit appelé à combattre. L'hémorrhagie ! que ce mot rappelle à l'accoucheur de terreurs, d'angoisses ! jamais drame n'a présenté de péripéties aussi saisissantes : tantôt l'action marche avec lenteur et tient l'homme de l'art dans une sécurité trompeuse, puis la scène se déroule tout à coup avec une effrayante rapidité qui glace d'effroi les plus intrépides.

Qui ne se rappellera toute sa vie les longues heures pleines d'anxiété passées seul au milieu de la nuit, auprès des femmes dont, après Dieu, on devenait le seul arbitre. L'existence de cette femme, encore pleine de vie, celle de l'enfant qu'elle espère, tout dépend de vous, de votre présence d'esprit, de votre sang-froid, de votre expérience, d'une temporisation utile ou d'une décision rapide. Seul, vous ne prenez conseil que de vous-même, vous dévorez vos angoisses pour les dissimuler aux autres ; le cœur dévoré d'in-

quiétudes, vous présentez aux assistants, à la pauvre femme surtout, un visage calme et souriant. Qu'un confrère, qu'un ami m'a toujours paru précieux en pareil cas ! on se soutient, on s'encourage mutuellement, aussi je n'ai jamais manqué de m'en adjoindre un.

Ce sont ces vives alarmes qui usent la vie de l'homme de l'art plus que la fatigue physique, et la reconnaissance qu'on lui voue le plus souvent après des services aussi signalés est bien plus chèrement achetée qu'on ne se l'imagine généralement. Jugez de ses regrets quand cette reconnaissance lui fait défaut ! Sa conscience heureusement lui reste.

Avant l'accouchement, pendant le travail, certaines conditions donnent à l'homme de l'art une puissance non contestable tant que les membranes sont intactes ; il peut modérer la perte, mettre un obstacle momentané au cours du sang par le tampon, etc., etc., et dominer encore les événements ; mais s'il est appelé après la rupture des membranes, il est privé de la précieuse ressource du tampon, et, entraîné lui-même par les événements, il cherche des ressources ultimes dans des moyens dont il doit combiner et précipiter quelquefois l'usage.

L'extraction de l'enfant, soit par la version ou par le forceps, qui peut seule sauver la mère et l'enfant, sera bien souvent pour ce dernier une cause de mort.

L'homme de l'art ne retrouve sa puissance qu'après l'accouchement. L'hémorrhagie peut, il est vrai, dans ce cas, compromettre la vie de la femme en quelques minutes. Cet accident réclame de la part de l'accoucheur peut-être encore plus de présence d'esprit, plus de sang-froid, plus de spontanéité d'action, plus de fermeté, si cela est possible, que l'hémorrhagie avant et pendant le travail ; mais la compression de l'aorte est là qui vient puissamment seconder les dispositions que l'accoucheur doit posséder : elle lui donne cette sécurité, cette confiance si nécessaire en pareil cas ; il sent qu'il est maître de l'existence de la femme, et il puise dans cette confiance qu'il communique aux autres la force et le sang-froid dont il a tant besoin ; il peut alors, avec ordre, méthode et célérité, faire mettre en usage les autres moyens qui peuvent seuls définitivement arrêter l'accident. Non-seulement la compression de l'aorte suspend au gré de l'accoucheur la mort imminente, mais elle favorise l'usage des autres moyens, elle est sans danger, ne présente aucune difficulté. J'ai peine à m'expliquer comment un procédé aussi innocent, aussi précieux, n'a pas été accepté par tous les accoucheurs ; mais j'ai l'intime conviction que les faits observés sans prévention viendront chaque jour témoigner en faveur de l'excellence de cette découverte.

Hémorrhagie par le cordon.

Une hémorrhagie qui pourrait être grave, si l'on n'y remédiait, est celle qui, avant la délivrance, se manifesterait par l'extrémité placentaire du cordon.

Cet accident est très-rare, et le moyen d'y remédier est des plus simples : il consiste à faire une ligature sur le cordon.

§ 2. — Renversement de l'utérus.

Dans le renversement utérin, le corps de l'organe est passé au travers du col, de manière que la surface interne est devenue externe, et qu'une partie de l'organe retourné se trouve descendue dans le vagin (renversement incomplet), et que tout l'utérus même apparaît entre les lèvres de la vulve (renversement complet).

Causes.— Le renversement utérin peut accompagner spontanément la délivrance spontanée, mais bien plus souvent cet accident résulte de ce que des tractions peu mesurées ont été exercées sur le cordon, alors qu'il existait des adhérences entre le placenta et l'utérus.

Diagnostic. — Le renversement incomplet se reconnaît à l'aide du toucher, qui doit toujours être pratiqué après la délivrance ; le doigt rencontre alors une tumeur engagée dans le vagin et qui a remplacé le col utérin. Le palper abdominal permet de constater l'absence du corps de l'utérus, et à la place de cet organe une dépression infundibuliforme. Le renversement complet est encore plus facile à reconnaître : la tumeur rugueuse, noirâtre, qui fait saillie entre les lèvres de la vulve, est circonscrite par la main entière qui pénètre dans le vagin ; l'extrémité des doigts, arrivant jusqu'au cul-de-sac, constate la continuité qui existe encore les parois vaginales et utérines introversées, tandis que l'autre main, appliquée sur l'abdomen, constate l'absence de l'utérus dans la région hypogastrique, et à sa place la présence des doigts de l'autre main introduite dans le vagin.

Traitement. — Quand le renversement est incomplet, on soulèvera, à l'aide de la main entière, le fond de l'utérus introversé, et on le fera rentrer à travers son col. Faite à temps, cette opération est facile ; elle ne présente pas encore de grandes difficultés, quand un temps assez long s'est écoulé. Il n'en est pas de même du renversement complet : là le col utérin n'est plus maintenu ouvert par le corps lui-même engagé à demi dans ce col; si, au contraire, tout le corps de l'organe a passé au travers du col, celui-ci peut se resserrer plus ou moins. La réduction sera donc d'autant plus difficile qu'il se sera écoulé un temps plus long depuis l'accident, parce que

le col utérin aura eu d'autant plus de temps pour se resserrer. Cette circonstance a quelquefois rendu cette réduction impossible.

Avant d'opérer la réduction, si le placenta était encore adhérent à l'utérus, on commencerait par le détacher.

Le procédé de réduction par excellence consiste à faire usage des deux mains : l'une, introduite dans le vagin, embrasse largement la tumeur, la comprime doucement dans tous les sens, la repousse en la déprimant dans son centre à l'aide du pouce de cette main et dans la direction du col utérin; tandis que l'autre main exerce à travers les parois du ventre un effort antagoniste avec tous les doigts écartés, et formant un cercle qui comprime et efface le pourtour de la matrice; le fond de l'organe, ne trouvant de résistance qu'au pourtour du col, et au contraire une dépression dans la partie qui correspond au creux de la main extérieure, se laisse réduire.

C'est à l'aide de ce procédé que, appelé après plus de deux heures, à Neuilly, j'ai pu vaincre une très-grande résistance du col utérin, et réduire l'utérus entièrement introversé. Malheureusement pendant les deux heures l'hémorrhagie avait été tellement abondante que la femme expira exsangue dans l'après-midi.

On a proposé pour cette réduction de substituer à la main un repoussoir de bois, sans introduire la main. Je comprends d'autant moins cette pensée que le repoussoir était droit et ne pouvait agir dans le sens des axes du bassin; il est indispensable cependant d'agir suivant ces axes : c'est ce qu'on obtient à l'aide de la main, instrument d'ailleurs bien plus intelligent, bien plus inoffensif que *cette baguette de timbale* isolée. Deux faits sont cités à l'appui de cette invention. Dans l'un où le bâton en question a servi, la main bien dirigée aurait fait plus vite et mieux encore; et je suis certain que l'opérateur n'a trouvé des difficultés si grandes que parce qu'il s'est servi d'un procédé vicieux. Dans l'autre, l'auteur, *ayant trouvé la malade dans un état des plus graves, ne tenta rien pour remédier au mal dont elle mourait, dans la crainte qu'elle ne lui restât dans les mains.* Agir ainsi, n'est-ce pas engager sa conscience pour sauver son intérêt personnel?

Je dirai, avec Maygrier [1], que, quel que soit l'état fâcheux de la malade, il n'en faut pas moins tout faire pour tâcher de réduire l'organe, et ne s'arrêter que devant l'impossibilité absolue.

Si l'inversion de la matrice a été méconnue, ce qu'on ne croirait pas possible, et que la femme ne soit pas morte immédiatement par suite de l'hémorrhagie qui est la conséquence forcée de cet acci-

[1] *Nouvelles démonstrations d'accouchement*, 2e édit., Paris, 1840, in-8°, p. 584.

dent, mais qu'elle ait pu résister à ces pertes, que faire après plusieurs semaines, après plusieurs mois, quand cette malheureuse vient réclamer les secours de l'art? La réduction est extrêmement difficile, elle est le plus souvent impossible alors. La femme continue à subir l'influence d'hémorrhagies successives qui l'épuisent et la tuent. C'est ici que l'usage du bâton courbe renflé à son extrémité introduite pourrait, bien dirigé par quelques doigts introduits, être tenté, à la condition toutefois qu'un aide exécutera sur le fond de l'utérus la manœuvre que je viens de décrire et que l'opérateur, dont les deux mains sont prises, ne peut plus opérer. Ce qui est un grave inconvénient.

M. Velpeau a déjà vu cinq cas de cette espèce [1] : l'un, avec Marjolin, chez une dame de Lyon ; un autre chez une dame de Châtellerault; un troisième à l'hôpital de la Charité; un quatrième, avec Capuron; un cinquième, il y a fort longtemps.

« Dans tous les cas, la maladie était parfaitement la même, et s'accompagnait des mêmes symptômes. On essaya, dans le premier, les astringents, des corps solides à l'intérieur du vagin; rien ne put être utile.

« C'est qu'en effet il n'y a guère, contre une pareille maladie, que la destruction de l'organe ; mais c'est là, on le comprend bien, une opération des plus graves. Il est évident pourtant que, si l'on ne s'y résout pas, la femme doit succomber infailliblement sous l'influence des pertes réitérées qu'elle éprouve. S'il est pour elle une seule chance de salut, on ne la peut trouver que dans une opération très-grave, il est vrai, mais que pourtant nous avons vue une fois déjà suivie de succès.

« Deux méthodes se présentent pour y procéder : la ligature et l'excision.

« La ligature expose à des douleurs atroces, aux convulsions, à la péritonite. L'excision peut être suivie d'hémorrhagie impossible à arrêter et de péritonite. Nous sommes donc entre plusieurs grands dangers.

« L'ablation du fond de l'utérus a été pratiquée avec toutes les précautions requises sur Joséphine Rossin, mais cette femme est morte des suites de l'opération [2]. Le docteur Gredding, de la Caroline du Sud, extirpa l'utérus qui avait été complétement introversé; la réduction n'avait pu être operée [3].

[1] Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*. 2e édit. Paris, 1835.

[2] *L'Union médicale*, 27 avril 1852, consigne un fait semblable dû à M. Deroubaix, chirurgien de hôpital Saint-Jean, de Bruxelles.

[3] *Gazette des hôpitaux*, 25 septembre 1855.

QUATRIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ACCIDENTS DES SUITES DE COUCHES.

Dans cette partie, il me reste à traiter des accidents qui peuvent compliquer les couches et l'allaitement, et des maladies qui peuvent affecter l'enfant dans les premiers jours qui suivent sa naissance ; mais on conçoit que, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, je ne puis décrire ces accidents avec tout le développement convenable, et que je dois me borner à donner au jeune praticien des notions à l'aide desquelles il puisse établir le diagnostic de ces maladies, et y opposer un traitement convenable.

ARTICLE Ier.

ACCIDENTS DE LA SÉCRÉTION LAITEUSE.

Les accidents dont la sécrétion laiteuse peut s'accompagner sont bien plus fréquents chez les femmes qui nourrissent que chez celles qui ne nourrissent pas. Cependant l'opinion contraire est généralement répandue ; mais l'expérience prouve chaque jour combien elle est peu fondée.

Ces accidents sont la galactirrhée, l'agalaxie, l'engorgement des seins, les excoriations, ou gerçures des seins, l'inflammation, les abcès, les indurations, qui sont les conséquences de l'inflammation.

§ 1. — De la galactirrhée.

A. *Chez la femme qui ne nourrit pas.* — La galactirrhée ou l'excès de sécrétions laiteuse chez une femme qui ne nourrit pas est un accident qui mérite toute la sollicitude de l'accoucheur.

Cependant cet accident de la sécrétion laiteuse n'est jamais assez prononcé le premier jour de la fièvre de lait, pour qu'on doive y remédier autrement que par les moyens conseillés généralement pendant cette fièvre : repos le plus absolu de corps et d'esprit, boissons chaudes, diète, et entretien de la chaleur sur les seins, au moyen des cardes de coton ou de linges de mousseline. Mais si, le second

jour, la fièvre persévère, si les seins sont fortement tendus, tuméfiés, douloureux, il faut modérer cette sécrétion trop active.

La malade est d'abord tenue à une diète absolue, des cataplasmes de fécule de riz sont appliqués sur les seins ; puis, afin d'augmenter les autres sécrétions, on tiendra la malade assez chaudement pour déterminer, s'il se peut, de la moiteur; mais surtout on activera la sécrétion de la muqueuse intestinale par de légers laxatifs, tels que l'huile de ricin (15 à 30 grammes) : il y aurait de même utilité à administrer un lavement purgatif; enfin, comme boisson, la malade ferait usage d'une infusion chaude aiguisée avec le nitrate de potasse (50 centigrammes pour un litre d'eau).

Ce régime serait continué tant que l'état des seins pourrait inspirer quelques craintes.

B. *Chez la nourrice.* — La galactirrhée chez une femme qui allaite ne constitue jamais une maladie, à moins de circonstance que je vais énumérer dans un instant.

En effet, il est bien rare que la sécrétion laiteuse devienne assez active pour dépasser les besoins du nouveau-né, si l'on a soin de le présenter au sein avant la fièvre de lait. Aussi ne saurait-on trop recommander de ne pas attendre la *montée* du lait, mais de mettre l'enfant au sein quelques heures après l'accouchement, qu'il y ait ou non une suffisante quantité de lait. S'il n'y trouve pas assez de nourriture, on pourra y suppléer par de l'eau de gruau; mais tout au moins la succion exercée par la bouche de l'enfant donnera prématurément à la glande mammaire l'activité qu'elle n'aurait acquise que quarante-huit à soixante heures plus tard, et qui alors eût été peut-être trop intense.

Qu'advient-il, en effet, quand, suivant l'avis de quelques médecins, on attend la *montée* du lait? Premièrement, les seins se gonflent, puis le mamelon s'efface, et l'enfant ne peut le saisir pour diminuer la quantité du lait et se nourrir, et alors les seins se tuméfient et s'engorgent.

Cet accident, malgré toutes les précautions, peut arriver aux femmes qui nourrissent, et surtout à celles dont le mamelon ne présente pas assez de saillie pour pouvoir être saisi par l'enfant.

Aussi, pour obvier à tous ces inconvénients, pour assurer, autant que possible, le succès de l'allaitement naturel, j'ai adopté une pratique qui, jusqu'à ce jour, m'a donné de très-bons résultats : elle consiste à prendre, pendant les premiers jours, une nourrice dont l'enfant est plus fort que le nouveau-né. Quand on veut faire teter le nouveau-né, on place d'abord au sein l'enfant de la nourrice, qui, plus fort, forme les bouts, fait monter le lait ou dégorge les seins

suivant le cas, et, quand tout semble bien disposé, on le retire pour présenter le nouveau-né au sein, qui le prend alors facilement. Si la sécrétion laiteuse n'est pas encore assez établie pour que le nouveau-né puise chez sa mère un élément réparateur, la nourrice lui donne immédiatement le sein dès qu'il a fait quelques efforts de succion.

Ce moyen bien simple, et qui est à la portée de tout le monde, s'oppose aux engorgements du sein, aux conséquences qui résultent, pour le nouveau-né, des efforts de succion (le muguet), et d'une alimentation artificielle. Il doit être continué jusqu'à l'établissement régulier de l'allaitement maternel : cinq ou six jours suffisent en général.

Cependant, si l'on n'a pris aucune des précautions qui peuvent s'opposer à ce que la sécrétion laiteuse ait trop d'activité, ou si l'on n'a pas usé des moyens propres à utiliser cette activité, cette galactirrhée peut devenir une maladie, lorsque, par quelques circonstances, l'enfant cesse de prendre le sein ou ne peut teter une quantité de lait suffisante. Un régime trop succulent, la constipation, l'embarras gastrique, favorisent aussi singulièrement cet excès de sécrétion laiteuse qui, chez certaines femmes, peut encore être produit par une sorte d'irritation de la glande mammaire, souvent suivie d'un engorgement considérable, si le lait ne parvient pas à s'écouler au dehors, soit naturellement, soit par la succion de l'enfant. Mais il est un cas surtout où la galactirrhée peut se manifester : c'est lorsqu'une femme, ayant commencé à donner le sein pendant plusieurs jours, se trouve dans la nécessité de cesser l'allaitement; alors l'excitation déjà produite par la succion de l'enfant continue après que celui-ci a cessé de teter, et le lait sécrété, n'étant plus extrait, détermine un engorgement très-douloureux.

Le traitement à employer contre la galactirrhée consiste d'abord, dans le cas où il y a seulement surabondance de lait, à en extraire le superflu au moyen de la pompe à sein, mais avec une extrême douceur, ou à faire exercer la succion par de jeunes chiens, comme cela se pratique souvent dans les campagnes; puis à diminuer la quantité d'aliments, même à prescrire la diète dans les cas graves, et à augmenter les autres sécrétions, etc., etc.

Chez une femme qui n'a pas donné le sein, mais surtout chez celle qui s'est vue, par suite de crevasse ou de mauvaise qualité du lait, dans l'obligation de cesser de nourrir, la galactirrhée peut, si elle résiste aux moyens généralement usités, compromettre gravement la santé de la femme.

Dans ces cas fort rares, on devrait faire usage de l'iode recommandé par le docteur Riesenberg de Carolath.

Dans trois couches successives, chez la même femme, que cet accident avait réduite à une maigreur excessive, qui déjà était prise de fièvre, l'iode, à la dose de 5 à 10 centigr. unis à 4 à 5 grammes d'hydriodate de potasse pour 200 grammes d'eau, en application sur les seins, fit cesser les accidents.

§ 2. — De l'agalaxie.

L'*agalaxie* est beaucoup plus fâcheuse, surtout lorsque la femme se trouve dans la nécessité d'allaiter son enfant. Le défaut de lait peut reconnaître pour cause le squirrhe ou l'atrophie morbide des mamelles, une sécrétion beaucoup trop abondante, des lochies, le flux de ventre et d'urines immodéré, les sueurs trop copieuses, une mauvaise alimentation, les irritations des viscères importants, les excès en tous genres, les affections de nature vénérienne et autres, un allaitement trop prolongé, la trop grande jeunesse ou l'âge trop avancé, l'apparition des règles, ou enfin la grossesse. Quant à la mauvaise conformation ou à l'absence du mamelon, qui empêche l'enfant de le saisir, elles constituent des causes d'agalaxie, mais secondairement, parce que l'enfant, ne pouvant exercer la succion, ne fait pas monter le lait. Il en est de même du côté de l'enfant, de la mauvaise conformation des lèvres, de la langue ou du voile du palais, et de tout autre vice de conformation ou de sa trop grande faiblesse, qui l'empêchent de prendre le sein. C'est donc aux causes énoncées les premières qu'il faut s'en prendre pour rappeler le lait dans les seins. Et d'abord le régime adoucissant, même quelques évacuations sanguines, conviennent chez les femmes pléthoriques ou atteintes d'inflammation de quelques viscères. Chez celles, au contraire, qui sont affaiblies d'une manière notable, c'est un régime un peu tonique, et le repos tant moral que physique, qui conviennent. Le mamelon est-il mal conformé, il faut s'assurer s'il est susceptible d'érection pour donner quelque prise à l'enfant, car assez souvent il peut se développer sous l'influence de quelques titillations et des efforts de succion. Quant à l'enfant, il faudrait remédier, si cela se pouvait, au vice de conformation dont il est atteint. Mais il est des cas où le mal est sans remède pour la mère comme pour l'enfant : c'est lorsque le vice de conformation de celui-ci est beaucoup trop prononcé pour lui permettre la succion; alors il ne reste d'autre ressource que l'allaitement artificiel dont il sera question plus loin. Lorsque la mère est atteinte d'une affection organique des seins, se trouve trop âgée, que ses règles viennent à paraître ou qu'elle devient enceinte, c'est alors une nourrice qu'il faut donner à l'enfant.

§ 3. — De l'engorgement des seins.

L'*engorgement* des seins, ou communément le *poil* (*morbus pilaris*), qui survient pendant la lactation, est caractérisé par le gonflement de l'un ou de l'autre sein et plus rarement de tous les deux à la fois. Le sein devient douloureux, dur, tendu, inégal, présente une légère rougeur à sa surface, des inégalités et des nodosités rénitentes, qui gagnent quelquefois la région de l'aisselle. Quoique le poil puisse survenir à diverses époques de l'allaitement et à différentes reprises, il ne se manifeste ordinairement que peu de jours après l'accouchement et n'est accompagné le plus souvent d'aucun danger. Les causes de cet engorgement sont l'impression du froid, les coups, les tiraillements du mamelon, la sensibilité développée par la succion trop forte de l'enfant, une nourriture trop succulente, la cessation brusque de l'allaitement, les excoriations et les gerçures du sein, etc., etc.

L'engorgement des seins se termine habituellement par résolution au bout de quelques jours, et il ne laisse d'induration après lui que lorsqu'il a été très-considérable, a duré longtemps, et n'a pas été traité convenablement. Ce qu'il faut faire d'abord lorsque cet accident arrive, c'est de dégorger la mamelle en plaçant l'enfant au sein, lorsque la femme nourrit ; et si l'on exerce la succion artificielle, il faut le faire avec douceur, car, faite sans ménagement, elle aggraverait certainement les accidents ; la diète ou un régime très-léger, des applications émollientes, que l'on accompagne de l'emploi, à l'intérieur, de purgatifs salins, des diurétiques et des diaphorétiques, devront seuls être employés [1]. Il est bon d'observer aussi que, chez la nourrice, le dégorgement par la succion exercée par l'enfant sur le sein malade ne doit être tenté qu'au début, et sans insister, si dès la première tentative il n'y a pas d'amélioration, car ce procédé, continué sans réserve, serait bien plutôt de nature à aggraver les accidents qu'à les diminuer; à plus forte raison devra-t-on, dans ce cas, s'abstenir de la succion artificielle.

Inflammation. — L'*inflammation* des mamelles est une conséquence de l'engorgement qui n'a pas pu être détruit; bien rarement elle détermine des accidents d'une certaine gravité : elle occupe le tissu cellulaire sous-cutané ou les fascias, ou le tissu même de la glande. Comme la précédente, elle peut survenir pendant tout le cours de la lactation, mais elle arrive surtout pendant le premier mois. Elle reconnaît les mêmes causes que l'engorgement et principalement l'impression du froid, les gerçures du mamelon, les affections morales vives, etc., etc.

[1] Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 2e édition, Paris, 1858, p. 186.

Si l'inflammation sous-cutanée est circonscrite, elle ne diffère en rien du phlegmon ordinaire. En palpant le sein, on sent qu'il est dur, tendu, douloureux dans un certain point, que la surface de la peau est plus lisse, rosée, ou même déjà rouge, douloureuse, et que son épaisseur semble augmentée. Bientôt, si l'affection ne se termine pas par résolution, le point le plus sensible se ramollit, devient d'un rouge livide, est le siége d'une fluctuation évidente, superficielle, et enfin la peau s'amincit tellement qu'elle s'excorie et laisse échapper le pus au dehors. Cet accident peut se reproduire sur d'autres points de la mamelle.

L'inflammation est-elle plus profonde et occupe-t-elle les aponévroses, la douleur est plus obscure et ne devient vive que lorsque le tissu cellulaire sous-cutané ou la glande elle-même sont atteints, ce qui a lieu ordinairement. Alors l'engorgement augmente considérablement, rend le sein raboteux, dur, inégal au toucher; la douleur, très-vive, profonde, pulsative, produit des élancements très-sensibles; la fièvre est d'autant plus forte que l'inflammation occupe une plus grande étendue de la glande ou sa totalité (il est à remarquer que cette inflammation commence habituellement vers la partie supérieure externe de la mamelle); il y a de l'anorexie, de la soif, de la céphalalgie, tous les signes, enfin, d'une irritation intense. Si l'inflammation ne semble pas cesser ou se limiter, peu à peu la sécrétion du lait se supprime, et l'on remarque sur les points d'abord les plus indurés un commencement de fluctuation profonde, qui peut même envahir plusieurs parties ou la presque totalité de l'organe; c'est qu'alors des collections de pus se sont formées dans les vaisseaux galactophores et les aréoles de la glande. Du reste, à moins que la collection de pus ne soit considérable ou qu'elle ne soit rapprochée de la surface de la peau, la fluctuation est très-difficile à distinguer. Il arrive, en effet, parfois que des doigts peu exercés croient sentir une fluctuation profonde là où il n'existe que des portions de glande saines et molles qui, chez la plupart des femmes, donnent lieu à une sensation de liquide épanché : c'est une erreur que n'ont pu éviter même quelques praticiens exercés et qui ont fait des incisions qui, au lieu de pus, ne donnaient que du sang. Et cependant cette difficulté ne doit pas faire reculer devant l'ouverture d'un abcès, aussitôt qu'on le croit formé; car, abandonnée à elle-même, l'inflammation de la glande mammaire peut donner lieu à de nombreux abcès qui s'ouvrent sur différents points de la surface du sein, après de grandes douleurs, ou fusent au-dessous des aponévroses et détruisent une partie de la glande, en gagnant le tissu cellulaire et les glandes voisines de l'aisselle. Dans tous les

cas, il est très-difficile d'empêcher la suppuration de se former, quelque soin qu'on y apporte, et ces soins consistent, dans le principe, en des applications émollientes continues, des évacuations sanguines générales et locales, suivant les cas, etc., etc. Les minoratifs, les diaphorétiques, les bains entiers, ne devront pas être mis en oubli. Quant à la compression exercée méthodiquement sur toute la glande, et préconisée par M. Trousseau qui prétend en retirer les meilleurs effets, je n'oserais la conseiller qu'après l'ouverture de l'abcès et quand il n'y aurait plus d'inflammation. Lorsque, malgré ces moyens, l'inflammation continue, se propage, que la douleur devient pulsative, les cataplasmes laudanisés, les onctions avec le baume tranquille ou avec la teinture de safran, sont utiles. Enfin, si l'on remarque que l'abcès soit inévitable, comme cela a lieu le plus souvent et même que la fluctuation commence à se faire sentir, quelque profonde qu'elle soit, il ne faut pas hésiter à pratiquer de bonne heure une incision que l'on tient ouverte à l'aide d'une mèche : c'est le meilleur moyen de faire tomber l'inflammation, de détruire la tension des parties et de diminuer la douleur. Cette méthode a pour but encore de s'opposer à l'extension du foyer purulent et de ménager ainsi une grande partie de la glande.

L'inflammation des mamelles est, comme on le voit, un accident peu grave pour la mère, mais très-douloureux, et elle s'oppose à l'allaitement de l'enfant, soit pendant la durée de la maladie, si elle n'a pas intéressé une trop grande partie de la glande, soit pour toujours, dans le cas où celle-ci a été détruite ou indurée, et où la disposition à cette maladie est trop manifeste. En effet, elle se reproduit, chez certaines personnes, avec une extrême facilité et exige la cessation complète de l'allaitement. Comme on le voit, la maladie peut se terminer par résolution, par suppuration ou par induration.

La résolution de l'engorgement inflammatoire s'accompagne souvent de selles, de sueurs abondantes, et d'une augmentation notable dans la quantité des urines.

Lorsque les abcès ont été ouverts, il convient d'entretenir pendant quelque temps leur ouverture au moyen d'une mèche, afin de favoriser l'écoulement du pus et de continuer l'application des cataplasmes émollients, pour obtenir un dégorgement complet ; peu à peu on leur substitue les résolutifs et la compression légère.

L'induration de la glande peut également avoir lieu lorsque la suppuration ne se forme pas et après qu'elle a eu lieu : c'est une terminaison fâcheuse et qu'il faut prévenir avec grand soin en employant les lotions résolutives et alcalines, les onctions, soit avec

l'onguent mercuriel, soit avec la pommade d'hydriodate de potasse, et, dans les engorgements considérables, avec l'iode pris à l'intérieur ou la compression méthodique.

Les fistules lactées, signalées par Gardien, Brachet, etc., ont été, il y a quelques années, l'objet d'une étude approfondie de la part de M. Bonnet (de Lyon). Elle s'observent très-fréquemment dans les circonstances de cette nature, ce qui, du reste, est assez facile à comprendre ; mais elles offrent en général peu de gravité. Pourtant, on les voit persister avec une certaine opiniâtreté quand la femme continue l'allaitement, parce qu'alors la sécrétion du lait, étant fort active, détermine l'issue abondante de ce liquide par le conduit perforé et entretient cette ouverture anormale ; tandis que, quand l'allaitement est suspendu, que l'on emploie les moyens convenables pour diminuer la sécrétion du lait, elles finissent souvent par se tarir d'elles-mêmes. Si elles persistent, on peut employer quelques moyens par lesquels on en vient à bout ordinairement ; ce sont :

1° La cautérisation de l'ouverture fistuleuse à l'aide du nitrate d'argent ;

2° Celle-ci échouant, la compression méthodique exercée sur le sein. Cet organe est favorablement disposé pour subir l'influence de ce moyen très-puissant.

§ 4. — Des gerçures ou excoriations des seins.

Chez les femmes qui nourrissent pour la première fois, quelquefois même à chaque nourriture, les efforts de succion déterminent des gerçures du mamelon plus ou moins profondes, qui sont toujours extrêmement douloureuses, et qui, bien qu'elles n'aient ordinairement aucune gravité, compromettent très-souvent le succès de l'allaitement, soit par la violence de la douleur qu'elles déterminent, soit par l'inflammation de la glande qu'elles causent souvent directement, ou indirectement, parce que les femmes, reculant devant la douleur, ne donnent pas assez souvent le sein et le font ainsi s'engorger.

Quelquefois, cependant, quand elles sont superficielles, elles guérissent spontanément, l'enfant continuant de téter ; mais pour cela il faut que la mère soit douée d'une énergie, d'un désir de nourrir bien rare, car la douleur que fait endurer la succion sur le mamelon dépouillé de son épithélium est presque intolérable.

Cette angoisse est souvent si vive, quand les excoriations ont de la profondeur, que même en usant de tous les moyens propres à calmer la douleur, il faut encore un courage surhumain pour la supporter.

Bien plus, dans ces circonstances, on est souvent obligé de cesser l'allaitement pour éviter de graves accidents, la chute du mamelon, l'inflammation du sein, les abcès, etc., etc.

On a conseillé comme traitement préventif de préparer, avant l'accouchement, le mamelon par la succion peu énergique et souvent répétée, afin d'endurcir l'épithélium qui recouvre le mamelon : ce moyen, d'ailleurs, aura aussi l'avantage de rendre celui-ci plus propre à remplir ses fonctions par suite de l'allongement qu'il subira; d'appliquer sur les seins, un mois avant l'accouchement un peu de coton imbibé de rhum ou d'eau-de-vie; de placer sur les mamelons de petits chapeaux de caoutchouc (fig. 267).

Tels sont les seuls moyens préventifs tant soit peu efficaces qu'on puisse proposer.

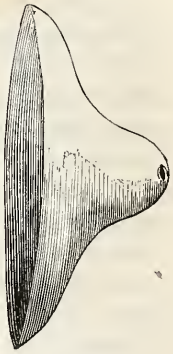


Fig. 267.

Quant au traitement curatif, il est aussi peu certain que possible. J'ai vu successivement tous les moyens échouer et réussir alternativement: tel est le mucilage de coing (5 ou 6 graines de coing sur lesquelles on jette une cuillerée d'eau bouillante), appliqué sur le sein immédiatement après l'allaitement, au moyen d'une feuille de lierre en forme de cornet; le beurre de cacao, la cautérisation avec le nitrate d'argent, etc. Enfin, le seul moyen qui présente un véritable avantage, c'est l'allaitement médiat avec le bout de sein artificiel de tétine de vache, de madame Lebreton, ou celui de liége de Darbo, ou celui d'ivoire ramolli de Charrière. Ce bout de sein ne préserve pas tout à fait le mamelon de l'irritation produite par la succion, mais il la tempère beaucoup, et pendant que l'enfant continue à s'alimenter, sans que sa bouche soit en contact immédiat avec le sein, celui-ci se guérit petit à petit (fig. 268).

Fig. 268.

Comme moyen propre à faciliter cette succion, et pour faire prendre goût à l'enfant, on remplit le petit godet du mamelon avec du lait chaud sucré étendu d'eau, et on l'applique ainsi sur le sein. L'enfant tette d'abord avec facilité le lait qui remplit le godet, le vide s'opère, et le lait maternel vient successivement remplacer l'autre. Ce petit artifice m'a très-souvent réussi.

Mais si l'enfant était trop faible, il serait impossible d'user de ce moyen ; il faudrait nécessairement recourir à une nourrice, dont l'enfant plus fort tetterait la nouvelle accouchée avec le bout de sein tandis que la nourrice allaiterait le nouveau-né; car il est bien important, en pareil cas, de ne pas laisser engorger les seins : ce serait

une complication qui, à coup sûr, obligerait de renoncer tout à fait à la nourriture.

Il arrive souvent aussi que, dans l'allaitement au moyen du bout de sein, les efforts de succion que l'enfant est obligé de faire déterminent l'inflammation de la bouche et le muguet, et qu'alors on ne peut continuer à user pour lui de ce moyen, quoiqu'il ne s'y refuse pas.

On use de ces précautions tant que les gerçures ne sont pas entièrement cicatrisées ; cependant il est bon d'essayer de temps en temps de l'allaitement immédiat pour voir s'il peut être repris.

Telle est la conduite que je suis en pareil cas, c'est celle dont je me suis le mieux trouvé.

Et presque toujours j'ai vu échouer ces prétendus spécifiques.

La plus petite crevasse peut quelquefois donner lieu à un écoulement de sang assez abondant; il faut être prévenu de cette circonstance pour ne pas prendre pour une hémorrhagie grave le sang que l'enfant rejette dans ces cas avec le lait qu'il a pris au sein maternel.

Reproduction de la lactation. — M. Gubler a publié [1] quelques faits dans lesquels la lactation, après avoir été interrompue pendant un temps plus ou moins long, avait pu être reprise avec succès ; le docteur Ariel Ballore [2] a aussi signalé trois faits de ce genre.

ARTICLE II.

LACÉRATIONS DES PARTIES MOLLES.

§ 1. — Allongement et déchirures du col.

Chez quelques femmes l'orifice utérin et le col lui-même, poussés par l'enfant pendant le travail, s'allongent tellement, que la partie fœtale qui se présente la première les entraîne au-devant d'elle de manière à s'en former une espèce de gaîne ; le plus ordinairement c'est la lèvre antérieure de l'orifice qui est allongée, et offre, derrière le pubis et près de la vulve, une tumeur résistante, un bourrelet qu'il faut ne pas confondre avec quelque partie du fœtus [3].

Le col, ainsi tiraillé outre mesure et comprimé violemment, occasionne parfois une douleur assez vive, et finit souvent par se déchirer vers quelque point de son étendue. Ces déchirures, souvent mul-

[1] *Union médicale.*

[2] *American journal of the medical sciences,* janvier 1852 ; *Union médicale,* juin 1852.

[3] Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, etc., Paris, 1860, in-4 avec 13 pl. (*Mémoires de l'Académie*, t. XXIII et *Bulletin de l'Académie* t. XXIV.)

tiples, peuvent s'étendre plus loin que les bords de l'orifice; le col est alors divisé en plusieurs lambeaux irréguliers qui, peu de temps après l'accouchement, se rétractent et se réduisent à des tubercules peu volumineux qui ne donnent lieu à aucun accident, et ne demandent même le plus souvent aucune espèce de traitement.

Ces déchirures de l'orifice utérin sont si communes, qu'on peut presque les regarder comme une conséquence nécessaire de tout accouchement; elles constituent même dans le diagnostic de la grossesse un signe de non-primiparité. Aussi, quand MM. Pereira et Lasserre, dans le mémoire qu'ils ont publié sur ce sujet [1] s'appuyant sur de nombreuses autopsies, ont fait jouer à ces déchirures un si grand rôle, je me suis élevé contre cette interprétation injuste [2]. Selon ces auteurs, elles auraient été le point de départ de *métro-péritonites graves*. Il n'est pas un seul praticien qui puisse partager cette opinion.

Cependant j'ai vu M. Moreau tout dernièrement dans une consultation où nous nous trouvions réunis avec MM. Ricord, Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe, pour constater la conformation du bassin chez une dame accouchée par moi depuis six semaines, appeler tout particulièrement l'attention de nos collègues sur une circonstance de ce genre, ce qui ne m'a pas peu surpris.

Je ne me bornai pas là dans cet article justificatif. En appréciant des faits d'une nature plus sérieuse, à propos desquels madame Charrier, sage-femme de la Maternité, ainsi que M. Danyau fils, étaient accusés par les auteurs d'être intervenus sans nécessité, je cherchai à établir que, dans le plus grand nombre de cas, cette intervention, qu'on regardait comme intempestive, avait tout à fait été commandée par les accidents ou les difficultés de l'accouchement. Je ne connaissais pas alors le procédé Hatin et tous les bons effets que l'on en obtient dans les cas graves, et j'avais borné là mon appréciation dans l'impossibilité où je me trouvais de donner une explication satisfaisante des désordres graves que MM. Pereira et Lasserre avaient constatés sur le cadavre après la plupart de ces opérations.

Mais aujourd'hui que le procédé Félix Hatin, le seul qui puisse empêcher une main encore peu exercée de commettre de semblables malheurs, a été vivement incriminé, je dois, dans l'intérêt de la pratique, de l'humanité, apprécier plus à fond ces désordres, établir qu'ils ne sont dus qu'à l'inobservance du procédé Hatin, puis-

[1] *Archives de Médecine*. T. I, pag. 17, 129. 1843.
[2] Journal *l'Obstétrique*, 3 mars 1843.

qu'on ne les rencontre guère que sous les mains qui rejettent ce procédé. Je ne ferai au reste que laisser parler les auteurs.

Quand la procidence de la lèvre antérieure se rencontre, il faut se contenter, au moment du travail, de prévenir l'allongement du col en le repoussant, s'il est possible, derrière la partie qui se présente, en le soutenant à chaque contraction; mais cette manœuvre doit être faite avec ménagement et sans léser l'orifice avec la main.

§ 2. — Lacération du vagin.

Les parois du vagin sont exposées aussi, pendant le travail de l'accouchement, à diverses lésions plus graves et beaucoup moins faciles à guérir que les précédentes; elles peuvent être produites par la pression trop violente et trop prolongée de la tête dans l'excavation, par la distension excessive qu'elle fait éprouver, surtout à la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, par la contraction énergique des fibres longitudinales de l'utérus, qui tirent en haut les parois du vagin, et par les violents efforts de la femme pour les aider; enfin, par les manœuvres inconsidérées de l'accoucheur. Ces lacérations arriveront avec d'autant plus de facilité que l'étroitesse ou les difformités du bassin, les saillies osseuses et les tumeurs de l'excavation et le volume de l'enfant, seront plus considérables, ou que la position qu'il occupera lui fera distendre davantage le canal vulvo-utérin; les brides, les contractions du vagin ou de la vulve, la rigidité trop grande des parties, sont encore des causes de ces lésions.

Il est à remarquer qu'elles ont leur siége le plus ordinaire vers le haut du vagin, lorsqu'elles proviennent de manœuvres mal dirigées et de l'application des instruments surtout. Dans ce cas, ce sont des contusions, des déchirures de la muqueuse vaginale, ou des perforations complètes qui résultent d'un effort exécuté de bas en haut; il est bien important de distinguer ces lésions de celles qui sont quelquefois la conséquence de l'expulsion spontanée du produit, quand elle s'est fait trop longtemps attendre, ou des efforts de traction exercés sur les parties fœtales dans les cas où cette extraction a été nécessaire : elles sont en général situées à la partie inférieure du vagin. Elles ont été déterminées par la pression trop prolongée de la tête, ou par le froissement des parties fœtales, que l'enfant ait été ou non extrait, et ont en général moins de gravité; cependant elles peuvent aussi déterminer des fistules vésico ou recto-vaginales, des abcès dans le tissu cellulaire sous-jacent. Ce sont des accidents bien fâcheux, il est vrai, mais qu'il faut quelquefois accepter comme la conséquence inévitable de l'intervention la mieux dirigée [1].

[1] J'ai insisté sur ces considérations, dans le journal *l'Obstétrique*, mars 1843.

Quant aux autres, elles ont bien plus de gravité ; car s'il y a perforation complète, souvent cette perforation intéressera le péritoine, surtout si la lésion s'est *effectuée* en arrière, et chacun connaît la gravité de cet accident, la mort de la femme dans les quelques heures qui suivent l'accouchement. Si la perforation est incomplète, la contusion subie par les parties détermine à coup sûr ultérieurement des fistules vésico ou recto-vaginales.

Observation I. — *Insertion du placenta sur le col ; — dilatation forcée ; — version ; — déchirure très-étendue du col et du corps de l'utérus. — Hémorrhagie mortelle.* — Dupuis, âgée de quarante-deux ans, le 26 mai, à neuf heures du matin, sans qu'il soit survenu aucune douleur, sans qu'il eût été commis aucune imprudence est prise d'une hémorrhagie abondante : on touche, et l'on trouve le col souple et mince, dilaté de 3 centimètres environ , et bouché par le placenta. La sage-femme en chef, madame Charrier, introduit la main gauche, les doigts rapprochés et formant cône, et cherche en poussant avec force à pénétrer à travers l'orifice : elle n'y peut parvenir et a recours à la main droite, qui, après quelques efforts, entre brusquement dans la cavité utérine; la version est assez facile. Après l'extraction de l'enfant on fait tout de suite la délivrance : l'hémorrhagie continue toujours très-abondante, quoique l'utérus soit revenu sur lui-même ; on touche et l'on constate une *inertie du col;* on tente les réfrigérants, le seigle ergoté, sans succès : on porte de la glace jusque sur le col lui-même, rien ne peut arrêter l'écoulement du sang. La malade faiblit assez rapidement et succombe, entièrement exsangue, à dix heures du soir.

Si l'on eût fait la compression de l'aorte?

Autopsie trente-six heures après la mort. — Le côté gauche de l'ouverture utérine offre une déchirure verticale de 8 centimètres d'étendue, qui intéresse toute l'épaisseur de la matrice jusqu'au tissu cellulaire du ligament large ; la surface de cette déchirure, qui est assez régulière, est criblé d'ouvertures vasculaires, et le tissu du col, sur tous les points correspondants à l'insertion du placenta, est spongieux, aréolaire, disposition due à la présence d'un grand nombre de veines et de sinus.

Observation III. — *Antéversion très-considérable de l'utérus; — travail lent; — application du forceps ; — paralysie de la vessie; — péritonite. — Mort.* — Bodu, âgée de vingt-quatre ans, primipare, assez robuste, bien conformée, est admise à la Maternité le 22 juillet 1841. L'utérus est très-volumineux et offre une antéversion des plus prononcées. Les premières douleurs se déclarent le 27 ; dix heures après, la tête commence à s'engager dans l'excavation en quatrième position ; elle est restée quelque temps au détroit supérieur, et cette seule circonstance a décidé à l'application du forceps ; l'enfant est amené vivant ; il y en a un second qui se présente en deuxième position et est expulsé naturellement. La mère reste jusqu'au 31 juillet dans le service de la sage-femme en chef, où on lui a pratiqué deux saignées et donné 1 gramme d'ipécacuanha. Conduite à cette époque à l'infirmerie, voici ce qu'elle nous a présenté : la face est grippée ; pendant la nuit il y a eu du délire ; le pouls est à 112, médiocrement fort, la peau terreuse ; la langue est sèche ; le ventre, saillant, présente une tumeur qui, de l'hypogastre, remonte jusqu'à l'ombilic, et au niveau de laquelle la moindre pression est douloureuse. Cette tumeur donne une sensation de fluctuation manifeste. « *Depuis trois jours la malade n'a pas uriné ;* par le cathétérisme on « retire environ 1 litre 30 centilitres d'urine très-claire, » et la tumeur diminue à

peu près de moitié; il y a un grand soulagement; plus tard on retire encore 2 litres de liquide. — Lin émulsionné, potion antispasmodique, lavements, bouillon. Le soir, on a de nouveau recours à la sonde.

Le 1er août, la malade est prise d'une péritonite, et la mort arrive le 4 avant la visite.

Observation IV. — *Lenteur du travail; — position transversale de la tête*; — *application du forceps; — déchirures du vagin. — Mort rapide. — Lésions que présente l'enfant.* — Dreux, âgée de vingt-trois ans, cuisinière, assez robuste, et primipare, est prise de douleurs pour accoucher, le 28 mars 1841 : le sommet se présente en première position. Le 29, la tête est plongée dans l'excavation, assez élevée; elle n'a pas exécuté son mouvement de rotation. Le travail marche avec lenteur; mais il n'y a pas, à proprement parler, de temps d'arrêt. La sage-femme en chef, madame Charrier, fait l'application du forceps, qui, suivant son expression, offre peu de difficultés. L'enfant est venu vivant, mais avec une paralysie du côté gauche de la face[1]. Transporté aux Enfants-Trouvés presque immédiatement après sa naissance, il est mort le lendemain, quoiqu'il fût bien conformé et robuste. Quelques heures après la délivrance, la mère est prise de douleurs vives dans le ventre, et transportée pendant la nuit à l'infirmerie. La malade succombe dans la nuit du 30 au 31 mars, sans qu'il y ait aucune modification dans son état dans les douze heures qui ont suivi l'accouchement.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le vagin présente sur ses parties latérales deux déchirures longitudinales : celle qui porte sur le côté gauche a 35 millimètres, la droite en a 80; elles intéressent toute l'épaisseur du conduit vulvo-utérin et le tissu cellulaire correspondant du bassin. De plus, à droite, le plexus qui sert d'origine au nerf sciatique présente des traces évidentes de contusion. Le tissu cellulaire du bassin, celui des ligaments larges, des fosses iliaques, et d'une partie de la région lombaire, est le siége d'une infiltration séro-sanguinolente, gélatiniforme et un peu opaline; il se déchire très-facilement sous la moindre pression. Dans plusieurs points du bassin, au pourtour des perforations, il y a des traces évidentes de pus.

Observation VI. — *Présentation de la face; — variété bregmato-incisive; — première position; — tête transversale; — travail lent; — application du forceps; — manœuvres laborieuses; — lésions traumatiques de la mère et de l'enfant. — Mort de tous les deux.*—Buisson, âgée de vingt-deux ans, primipare, médiocrement robuste et bien conformée, éprouve les premières douleurs de l'accouchement le 24 février 1841, dans la soirée. Le 25, le travail a fait peu de progrès; on reconnaît une présentation de la face. Le 26, la poche des eaux est rompue, la dilatation est de centimètres environ, la tête commence à s'engager à travers l'orifice utérin. A dix heures du matin, la face s'avançant vers l'excavation, on constate une première position du diamètre bregmato-incisif; la tête est à peu près transversale, et encore assez haute; les douleurs sont modérées, les bruits du cœur du fœtus s'entendent assez bien. La sage-femme en chef affirme que l'accouchement ne pourra pas se terminer spontanément, et propose l'application du forceps, qui est pratiquée par M. Danyau, chirurgien adjoint de la Maternité. *L'introduction des branches offre des difficultés* bien plus grandes encore pour l'articulation. Après trois quarts d'heure de tractions très-fortes, accompagnées de *mouvements de latéralité étendus*, on retire

[1] Tout le monde sait que cela n'a aucune importance, que quelques jours suffisent pour faire disparaître cet accident.

un enfant mort pendant les manœuvres, et présentant, entre autres lésions, une double fracture des pariétaux. La mère, une demi-heure après la délivrance, est prise d'un frisson très-fort, accompagné d'accidents graves, tels que hoquet, décomposition des traits, pâleur extrême de la face, vomissements bilieux, etc. Le pouls est d'une petitesse remarquable et à 112; le ventre est un peu ballonné, et légèrement sensible à l'hypogastre; les lochies coulent assez abondamment; on constate des déchirures étendues du vagin. Lavements et cataplasmes laudanisés. La malade succombe le 28, dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'accouchement.

Autopsie quarante heures après la mort. — Il y a sur la paroi latérale droite du vagin une déchirure longitudinale de 60 millimètres, et qui commence à 13 millimètres du col de l'utérus; elle intéresse toute l'épaisseur du canal, et communique largement avec le tissu cellulaire du bassin. A gauche, on trouve, à 4 centimètres du col, une ouverture arrondie de 9 millimètres de diamètre, à bords très-minces, et à travers laquelle on pénètre dans des cavités creusées aux dépens du tissu cellulaire correspondant. Ces anfractuosités irrégulières, dont la plus grande pourrait contenir une amande, communiquent les unes avec les autres, et de plus avec le tissu cellulaire ambiant; elles sont remplies d'une sanie brunâtre.

Observation VII. — *Lenteur du travail; — application du forceps; — déchirures étendues du vagin; — accidents graves et curieux. — Mort.* — D'Hum, âgée de vingt-deux ans, domestique, primipare, robuste et bien conformée, entre à la Maternité le 6 août 1841, le travail commençant à peine. Le 7, dans la journée, la dilatation a 4 centimètres; la tête ne s'engage bien à travers l'orifice utérin que le soir. Le 8 au matin, voici ce que l'on constate : c'est le sommet qui se présente en quatrième position; la tête est à peu près transversale, assez élevée; elle a peu avancé pendant la nuit. Les douleurs, quoique rares, sont assez fortes, et les battements du cœur s'entendent bien. La sage-femme en chef fait elle-même l'application du forceps, et assure qu'elle n'a pas présenté de sérieuses difficultés, quoique la femme prétende avoir horriblement souffert. L'enfant, bien conformé et à terme, est extrait vivant, mais faible; il meurt en nourrice au bout de quelques jours. La mère est prise, dans la soirée du 8, d'accidents fébriles accompagnés de sensibilité à l'hypogastre et de quelques crampes dans les membres inférieurs. Saignée, sinapismes. Elle succombe le 18.

Autopsie trente-quatre heures après la mort. — L'utérus est volumineux, et incliné à droite; sa surface interne offre des fausses membranes très-adhérentes; la lèvre postérieure présente une déchirure irrégulière, profonde, qui, sur son point le plus élevé, n'est séparée du péritoine que par une couche très-mince (1 millimètre) du tissu utérin, noirâtre et ramolli. Les parois du vagin sont déchirées sur plusieurs points dans toute leur épaisseur. Ces ouvertures, dont le diamètre varie, communiquent avec des cavités irrégulières, assez profondes, creusées dans le tissu cellulaire du bassin, et remplies de pus brunâtre très-fétide. Sur les autres points, ce tissu est infiltré de pus ou de lymphe plastique, qui lui donne une apparence lardacée; cette disposition est surtout prononcée pour le ligament large droit.

Observation VIII. — *Travail réputé lent; — application du forceps; — enfant mort pendant l'opération; — péritonite consécutive à une perforation vaginale et à laquelle la mère succombe.* — La nommée Fossé, âgée de trente-quatre ans, primipare, médiocrement robuste et bien conformée, entre à la Maternité, en travail, le 31 janvier 1841. La tête étant dans l'excavation et avançant peu, on juge, d'après les rapports de la femme, que le travail est commencé depuis trente-cinq heures, et qu'il y a indication d'appliquer le forceps. L'enfant, qui était vivant avant l'opération, est extrait mort, et la mère succombe à une péritonite aiguë, le 7 février. A l'autop-

sie, on trouve, dans le vagin, des ulcérations syphilitiques, et à la partie supérieure et postérieure de ce conduit une ouverture arrondie qui communique avec la cavité péritonéale, dans le cul-de-sac recto-vaginal. Cette perforation, dont les bords sont polis et taillés en biseau du vagin vers la séreuse, n'a pas, dans ce dernier sens, plus de 3 millimètres de diamètre, tandis que la perte de substance du côté du vagin en a 15 ou 18 : elle ne ressemble en rien aux ulcérations syphilitiques. Le péritoine offre, au pourtour de l'ouverture, des fausses membranes adhérentes. Cette péritonite réparatrice n'a-t-elle pas été le point de départ de l'inflammation séreuse qui a déterminé la mort?

Les auteurs du mémoire semblent ne compter pour rien l'affection syphilitique dans la production de cette perforation ; j'avoue que je ne puis partager entièrement leur manière de voir, et que s'il est bien démontré que c'est la branche du forceps qui seule a pu faire cette perforation, cette branche a singulièrement dû être aidée par la friabilité du tissu vaginal affecté.

Observation IX. — *Présentation de la tête; — doutes ; — version ; déchirure très-étendue du périnée.*—Greffier, âgée de vingt-sept ans, primipare, bien conformée, robuste, se présente à la salle d'accouchements, le travail étant déjà assez avancé. Le ventre est très-volumineux, la poche des eaux forme une saillie considérable ; elle est tellement tendue qu'on ne peut reconnaître la présentation ; cette seule circonstance décide à faire la version (pratique suivie à la Maternité de Paris). Après l'introduction de la main dans l'utérus, on constate que c'est la tête qui s'applique sur l'orifice utérin, ce qui n'empêche pas de continuer l'opération en décollant les membranes jusqu'au bas-fond de l'utérus : on amène assez facilement les pieds, mais on a la plus grande peine à extraire la tête, à cause de la résistance qu'offrent les parties molles ; on est obligé de faire de très-fortes tractions, pendant lesquelles le périnée est déchiré en entier, ainsi qu'une bonne partie des fibres du sphincter. On retire un enfant bien conformé, mais faible, qui ne vit pas. La mère a pendant plusieurs jours une incontinence des matières fécales, qui finit par cesser ; mais la cicatrisation du périnée est très-incomplète.

Observations X, XI, XII. — *Applications du forceps suivies de déchirures du périnée.* — Les femmes Oclin, Chambord et L'hommet, toutes les trois primipares, ont eu le périnée déchiré à la suite de l'application du forceps, faite dans deux de ces cas pour lenteur du travail. Chez la dernière, la déchirure a été presque complète et accompagnée, pendant plusieurs jours, d'incontinence des matières fécales.

Observations XIII, XIV. — *Applications du forceps ; — enfants morts pendant le travail présentant des lésions graves.* — La nommée Châtelier, âgée de vingt-quatre ans, multipare, à terme, bien conformée, entre à la Maternité en travail. L'enfant présente le sommet en première position ; la tête est dans l'excavation : la femme dit qu'elle souffre depuis trente-six heures. Comme l'accouchement ne marchait pas assez vite, on applique le forceps et, après des manœuvres prolongées, on retire un enfant qui offre un enfoncement du frontal droit avec exophthalmie, et qui succombe le lendemain. La mère a des suites de couches assez heureuses.

La femme Pèlerin, accouchée le 6 mai, a offert un cas tout à fait analogue : seulement le fœtus était hydro-anencéphale, et l'enfoncement portait sur le frontal gauche. L'enfant fut extrait mort : il était vivant lors de l'application du forceps.

Observation XV. — *Rétrécissement léger du bassin; — procidence du cordon; — version; — enfant mort pendant le travail et présentant une fracture de l'humérus.* — Brou, âgée de vingt-trois ans, primipare, d'une constitution médiocrement forte, entre à la Maternité, en travail, le 14 juin 1841. On reconnaît une présentation de la tête, et en même temps on constate une saillie de l'angle sacro-vertébral. Après que la poche des eaux est rompue, on s'aperçoit qu'il y a procidence du cordon; on fait quelques tentatives pour le réduire, et l'on se décide tout de suite à pratiquer la version. On termine l'accouchement avec la plus grande peine; le bras gauche s'est défléchi, et l'on a fracturé l'humérus en voulant le réduire. L'enfant est mort durant l'opération, et la mère, après avoir eu des accidents assez graves du côté de l'abdomen, sort de la Maternité le 22 juin.

Observation XVI. — *Recueillie à l'Hôtel-Dieu par M. T..., interne du service de M. Honoré*, 1849. — *Étroitesse uniforme du bassin; — céphalotripsie à terme; — déchirures de l'utérus, mort en douze heures.* — Cécile-Virginie Hubeaux, âgée de vingt-trois ans, entrée le 5 décembre à cinq heures du soir, salle Saint-Pierre, était en douleurs depuis deux jours, et depuis vingt-quatre heures le travail est resté stationnaire, bien que les douleurs aient été vives et soutenues.

Sur les huit heures, M. Danyau fils, après avoir tenté vainement l'application du forceps, procédait à la céphalotripsie de la manière suivante :

Après la perforation du crâne, l'opérateur *introduit successivement chacune des mains dans le vagin pour guider chacune des branches de l'instrument.*

La tête est broyée et le fœtus extrait avec rapidité; de nombreuses esquilles se faisaient jour de toutes parts entre les mors de l'instrument.

Le 6 décembre, à sept heures du soir, la malade succomba à une péritonite suraiguë, c'est-à-dire dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération.

Autopsie faite en présence de M. Honoré et des élèves par l'interne M. ***.

Le vagin, fendu longitudinalement, offre de nombreuses traces de déchirures sur la paroi postérieure en allant de haut en bas; la première est située immédiatement au-dessous du col utérin; elle est large de deux ou trois doigts, et intéresse l'épaisseur entière du vagin. La deuxième, placée sur le *côté droit du col*, est assez vaste pour loger la main tout entière; le cul-de-sac du vagin n'existe plus en cet endroit: ses insertions ont été rompues, et comme limite extrême de la perforation, il ne reste que le péritoine qui sépare le vagin de la cavité abdominale. La partie inférieure du vagin présente aussi deux petites déchirures déterminées très-certainement par les nombreuses esquilles.

J'ai joint de préférence cette observation à celles de MM. Pereira et Lasserre, parce que l'omission du procédé Hatin y est signalée par M. T..., témoin de l'opération.

Pourquoi conserver tant de confiance dans un ancien procédé qui peut déterminer de semblables désordres, quand il est bien certain qu'en introduisant la main tout entière, suivant le procédé Hatin, on les éviterait presque à coup sûr?

Perforations vésico-vaginales. — Les fistules qui résultent de la communication de la vessie avec le vagin se reconnaissent assez facilement par le passage de l'urine dans le vagin, par le toucher, la vue, au moyen du speculum, ou en introduisant dans la vessie une sonde qui pénètre à travers la perforation. Elles sont assez fréquentes, et surtout fort difficiles à traiter. Il paraît, heureusement, qu'un assez grand nombre d'entre elles se guérissent spontanément. Il faut observer néanmoins qu'il est beaucoup plus difficile d'obtenir la ci-

catrisation des fistules vésico-vaginales ou du bas-fond de la vessie que de celles qui existent entre l'urètre et le vagin. Quoi qu'il en soit, les moyens chirurgicaux employés jusqu'à ce jour ont donné des succès incontestables : tels sont la suture, au moyen d'aiguilles diversement conformées, la cautérisation par le cautère actuel ou potentiel, l'affrontement des bords de la plaie par le procédé de Desault, et les appareils unissants imaginés par plusieurs chirurgiens, l'autoplastie pratiquée avec tant de succès par MM. Jobert de Lamballe [1] et Ricord.

Perforations recto-vaginales. — Outre les causes que nous avons dit plus haut devoir les produire, il en est une sur laquelle M. Danyau a insisté et qu'il est utile de faire connaître aux praticiens. Lorsque la tête est assez volumineuse et descendue sur le plancher du périnée, et que les parties externes de la génération offrent de la résistance, si l'accoucheur, dans le but de maintenir le périnée et de prévenir sa rupture, exerce avec la main une pression trop violente sur cette partie, la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, distendue outre mesure, se rompt sans qu'on s'en aperçoive ; il est donc important de chercher seulement à soutenir le périnée sans le refouler avec force. Les perforations recto-vaginales sont, en général, très-difficiles à guérir; on a vu quelques cas de cicatrisation spontanée, mais il ne faut guère compter sur de semblables exceptions. Les moyens employés pour obtenir leur oblitération sont : la suture avec l'avivement des bords comme dans le procédé de M. Dieffenbach pour la déchirure du périnée, la compression par le rectum, le refoulement du périnée, etc.

§ 3. — Déchirures du périnée.

On comprend, sous le nom de *déchirures du périnée*, des lésions qui intéressent ou la commissure de la vulve, ou l'épaisseur du périnée lui-même, ou enfin ces deux parties ensemble, et le sphincter de l'anus. Il est plus rationnel de nommer, avec M. Velpeau, *déchirures* ou *fentes vulvaires*, celles qui atteignent les grandes lèvres ou la fourchette seulement; *déchirures* ou *ruptures du périnée*, celles qui envahissent une partie de cette région en intéressant aussi la fourchette et quelquefois le sphincter anal ; enfin *perforation centrale du périnée*, une rupture de cette région seule, la commissure du périnée et le sphincter restant intacts, perforation à travers laquelle l'enfant peut être expulsé.

Fentes ou déchirures vulvaires. — Les lésions de cette nature qui

(1) *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, utéro-vaginales, et recto-vaginales.* Paris, 1852, in-8.

ne comprennent que la fourchette, qui ne s'étendent qu'à 3 ou 4 lignes sur le périnée, ou bien qui portent sur les grandes ou petites lèvres, et qui sont transversales ou longitudinales, n'offrent pas assez de gravité et exigent des soins trop simples pour qu'elles méritent une attention bien spéciale. Des ablutions avec la guimauve et des tentes de charpie interposées entre les lèvres suffisent seules.

Déchirures ou ruptures du périnée. — Mais celles qui intéressent une partie assez étendue de la région périnéale sont beaucoup plus importantes à étudier et réclament un traitement tout particulier. Ou bien la déchirure se fait sur la ligne médiane et plus fréquemment sur le côté, et ne comprend que le sphincter de la vulve et une partie plus ou moins considérable du périnée, ou bien elle envahit, outre ces parties, le sphincter de l'anus lui-même en totalité ou en partie ; accident le plus ordinairement sans aucune gravité, mais qui compromet toujours l'existence morale de la femme qui en est atteinte.

Ces accidents reconnaissent pour causes l'étroitesse, la rigidité, l'œdème des parties externes de la génération, qui opposent une trop grande résistance à la sortie de l'enfant ; la présentation de certaines parties de celui-ci, qui sont ou trop volumineuses ou dans des positions défavorables, telles que surtout les occipito-sacrées ou postérieures, celles de la face, des fesses, la présentation des épaules, des manœuvres peu ménagées et mal dirigées ; enfin, l'expulsion trop précipitée de l'enfant et le peu de soin qu'on prend de soutenir le périnée. On doit surtout, comme le fait observer M. Velpeau, se tenir en garde contre le passage du moignon de l'épaule postérieure dans les positions de la tête, lorsque l'expulsion est brusque. Les déchirures du périnée peu étendues, celles même qui, complètes, laissent cependant le sphincter de l'anus intact, n'ont pas de gravité ; il n'en est pas de même de celles qui comprennent le sphincter de l'anus et l'extrémité inférieure du rectum : elles laissent après elles une infirmité épouvantable, l'incontinence des matières stercorales, qui transforment le vagin en un véritable cloaque. En outre, elles peuvent devenir la cause d'un prolapsus de l'utérus, parce que, le plancher inférieur du vagin manquant, l'organe n'est plus soutenu naturellement, et, en outre, il devient même impossible de le maintenir au moyen de pessaires. De plus, ces lacérations sont encore fâcheuses en ce que, n'opposant plus de résistance au produit au moment de l'accouchement, elles permettent une expulsion trop rapide ; circonstance qui peut déterminer l'inertie utérine et l'hémorrhagie, le renversement de l'utérus, etc.

Les exemples de guérison spontanée des déchirures simples du périnée ne sont pas fort rares, et alors la position seule suffit à les guérir. Dans ce cas, il faut que la malade soit couchée de préférence sur un des côtés du corps et que ses cuisses soient constamment rapprochées l'une de l'autre, ou même qu'elles soient liées ensemble, afin d'éviter tout mouvement qui tendrait à écarter les deux lèvres de la plaie. Mais ce moyen n'est pas toujours couronné de succès; l'écoulement des lochies, dont la présence irrite sans cesse la solution de continuité, l'empêche de se réunir; malheureusement il est impossible d'obvier à cet inconvénient, et l'on est contraint d'attendre que la femme soit rétablie de ses couches pour entreprendre une opération plus certaine. Et alors, pour diriger la cicatrisation et s'opposer à des pertes de substances qui pourraient compromettre quelques portions du périnée, il faut, quand la réunion ne s'est pas opérée spontanément dans les trois ou quatre premiers jours, y renoncer et interposer entre les lèvres de la plaie des plumasseaux de charpie trempés dans une décoction de guimauve. Dans tous les cas aussi, il faudra, toutes les fois que la malade urinera, faire couler en même temps sur la vulve de l'eau tiède, afin d'éviter l'effet des urines sur la plaie. On a conseillé, dans les derniers temps, de pratiquer la suture immédiatement après l'accouchement : ce procédé a l'avantage d'éviter l'avivement des bords de la déchirure, mais il prive de la chance d'une réunion spontanée, et de plus expose la femme à des manœuvres, à des souffrances, dans un moment où elle a tant besoin de repos, et où les secousses physiques et morales sont tant à redouter. Aussi il me paraît convenable d'attendre que la femme soit relevée de ses couches pour procéder à la réunion du périnée.

Le temps des couches une fois passé, on peut avoir recours à la suture qui compte de nombreux partisans et des succès incontestables, mais qui n'est pas non plus toujours infaillible. Les deux espèces de sutures que l'on préfère sont la suture entrecoupée et la suture enchevillée, qui ne doivent être pratiquées qu'après avoir préalablement rafraîchi les bords de la plaie. Les déchirures trop vastes doivent être traitées par le procédé de M. Dieffenbach, qui consiste à placer quelques points de suture, afin de réunir les bords de la solution de continuité, et ensuite à pratiquer sur les téguments du voisinage deux incisions presque parallèles à la direction des deux bords de la plaie : elles ont pour but d'empêcher le tiraillement des points de suture et la déchirure des parties qu'elles comprennent dans leurs anses.

Mais le procédé de suture enchevillée mis en usage par M. Roux

est, sans contredit, celui qui présente le plus d'avantage. Cet habile chirurgien compte, à l'aide de ce moyen, plusieurs succès très-remarquables de restauration du périnée : ils sont tous consignés dans un mémoire que l'auteur a lu à l'Académie des sciences.

Il est inutile d'ajouter que la malade doit être soumise à un traitement propre à combattre tous les accidents inflammatoires; qu'elle doit être sondée, et que surtout on doit entretenir la liberté du ventre par de légers laxatifs.

Destruction du périnée. — Il arrive quelquefois que, par suite d'une pression trop forte et trop longtemps continuée de la tête du produit sur le périnée, cette partie est mortifiée presque en totalité, et qu'à la suite de la chute de l'escarre il se fait une perte de substance considérable. Ce fâcheux résultat peut aussi dépendre du manque de propreté, dans le cas où le périnée aurait simplement été déchiré régulièrement. Une femme dont le périnée avait été déchiré par une application du forceps se présenta à la Clinique dans l'état le plus déplorable, afin d'y être traitée; mais la perte de substance était si étendue, le désordre était si complet, que l'anus et le vagin ne faisaient plus qu'un vaste cloaque irrégulier, où il n'était plus possible de reconnaître les diverses parties qui constituent les organes génitaux; aussi M. P. Dubois ne put-il rien entreprendre pour cette malheureuse.

Il serait possible, cependant, dans certains cas où cette infirmité serait moins prononcée, d'y remédier par l'autoplastie.

Perforation du périnée. — J'ai dit que je réservais cette dénomination pour les cas rares, où la vulve offrant un obstacle quelconque à la sortie de l'enfant, celui-ci est expulsé à travers une déchirure du périnée, les contours de la vulve et de l'anus restant le plus souvent intacts. Ce passage de l'enfant à travers une cloison aussi épaisse que l'est celle du périnée était le sujet de vives contestations de la part de Capuron, qui niait que le fait pût avoir lieu. Cependant les observations de cette nature faites par M. Moreau sont actuellement assez nombreuses pour qu'il ne soit plus permis de les mettre en doute. Lorsque l'on observe chez certaines femmes les dernières contractions expulsives de l'utérus, on voit la tête de l'enfant distendre et élargir considérablement la cloison du périnée avant de s'engager entre les lèvres de la vulve, et l'on peut comprendre alors que, sous l'influence de certaines causes, cette tête soit capable de perforer cette cloison pour se faire un passage au dehors. Ces causes sont : la saillie trop prononcée de l'angle sacro-vertébral, la grande inclinaison du détroit abdominal, le défaut de courbure du sacrum, le peu de solidité de l'articulation sacro-coccygienne, l'amplitude du

détroit inférieur en arrière surtout, le resserrement de l'arcade et l'excès de longueur de la symphyse des pubis, l'étroitesse naturelle, la rigidité de la vulve, la longueur du périnée, la rectitude absolue de tout le bassin, la violence des efforts de parturition, la descente précipitée de la tête, les positions occipito-postérieures non réduites en antérieures; enfin tout ce qui peut contribuer à empêcher les parties descendues dans la direction de l'axe du détroit supérieur de changer de direction dès qu'elles reposent sur le plancher du bassin.

Établissons cependant que ceux qui ont observé le plus grand nombre de ces cas n'auraient pas été à même de le faire aussi souvent, s'ils avaient pratiqué les petites incisions obliques de la vulve recommandées en pareille circonstance.

Il se forme quelquefois dans cette région de petits abcès qu'on doit ouvrir de bonne heure.

Le traitement de cette lésion, peu grave par elle-même, consiste à maintenir la malade couchée sur le côté, les cuisses rapprochées au moyen d'un lacs, à recouvrir la plaie de plumasseaux de charpie trempés dans une décoction de guimauve, à sonder la malade; enfin, à éviter la constipation. Il faut trente à quarante jours pour que la réunion soit complète. Ces soins suffisent souvent pour obtenir la cicatrisation.

Cependant ce résultat ne fut pas obtenu chez madame B., cliente de Ricord, chez laquelle, malgré tous mes efforts, malgré des incisions, cette perforation centrale avait livré passage au produit : il fallut opérer la réunion au moyen de l'avivement et de la suture : ce que Ricord fit avec sa rare dextérité. J'ai pu accoucher cette dame depuis sans accident.

§ 4. — Entorse du coccyx.

Il arrive parfois que chez les femmes qui accouchent dans un âge avancé, le coccyx, dont l'articulation avec le sacrum s'est solidifiée, se fracture ou se luxe. Il peut en résulter des douleurs fort vives, une inflammation suivie de suppuration, de carie ou de nécrose. On reconnaît cet accident au déplacement, à la mobilité insolite de l'os, aux douleurs qui sont éveillées par les efforts de défécation ou par la moindre pression; et l'on y remédie par des émollients, des narcotiques, des sangsues, des résolutifs.

§ 5. — Déplacement de l'utérus.

Renversement. — J'ai traité ce sujet dans les accidents de la délivrance, page 896.

Descente de l'utérus[1]. — Cet accident, que je n'ai pas l'intention de décrire ici avec détail, arrive encore assez souvent après l'accouchement, surtout pendant les premiers jours qui le suivent chez les femmes dont les tissus sont lâches, le bassin large, qui ont eu un travail laborieux, qu'on a laissé se prolonger indéfiniment, dont la délivrance a été difficile, dont le périnée ou la cloison recto-vaginale a été déchirée, qui, pendant le travail ou après la couche, ont fait des efforts inconsidérés ou prématurés.

Le toucher fait aisément reconnaître ce déplacement de l'utérus; le doigt, en effet, rencontre le col à peu de distance de la vulve ou entre les lèvres de celle-ci; la femme éprouve de la pesanteur sur le fondement et des tiraillements dans les aines et le bas-ventre. Ces symptômes, qui s'accompagnent aussi de constipation, de gêne, de douleur en allant à la selle, sont plus ou moins intenses, suivant que la descente est incomplète ou qu'il y a chute de l'organe. Les moyens à employer pour combattre cet état sont les mêmes dans les deux cas : ainsi, faire placer la femme en position horizontale, de telle sorte qu'elle ait le bassin plus relevé que la poitrine, chercher à refouler l'utérus avec les doigts introduits dans le vagin, interdire tous les efforts possibles, recommander le repos, tenir le ventre libre afin d'éviter les efforts de défécation, faire garder le lit pendant quatre ou cinq semaines. Ordinairement ces moyens suffisent; mais si, malgré leur emploi, la descente se renouvelle, il faut soutenir l'utérus par des moyens mécaniques, le pessaire de caoutchouc de M. Gariel, auquel on joint des injections fortifiantes et astringentes, et un régime tonique lorsque l'écoulement lochial a disparu.

L'*anté* et la *rétroversion*, l'*anté* et la *rétroflexion* peuvent encore se présenter après l'accouchement; l'utérus volumineux, pesant et mal soutenu par ses replis ligamenteux, se renverse en totalité et dans un sens horizontal, soit en avant (antéversion), soit en arrière (rétroversion); ou bien ses parois, devenues plus molles par suite de la distension qu'elles ont éprouvée et par leur défaut de contractilité, permettent à l'organe de se fléchir, soit en avant (antéflexion), soit en arrière (rétroflexion), son fond venant à se placer sur le pubis ou le sacrum, tandis que le col reste vertical ou change peu de direction.

[1] Consultez sur cette question : Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus, dans les affections désignées sous les noms de descente, de précipitation de cet organe* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXIII, Paris, 1860, in-4) 231 pages avec 13 planches. — Legendre, *De la chute de l'utérus*, Paris, 1860, in-8 avec 8 pl.

On peut ranger parmi les causes de ces déviations, d'abord la laxité des ligaments suspenseurs, le volume de l'utérus, la largeur considérable du détroit supérieur, tous les efforts un peu considérables; les adhérences que l'utérus peut contracter avec les parties voisines, par suite d'inflammation ; le trop peu de longueur des ligaments de Fallope semblerait prédisposer à l'antéversion.

Les symptômes qui indiquent que ces déviations ont lieu, sont des tiraillements, des douleurs dans les aines ou les reins, une sensibilité particulière de l'hypogastre, quelquefois des signes de phlogose du péritoine et de l'utérus, de la fièvre, la constipation, la rétention d'urine; puis le toucher par le vagin montre que, dans l'antéversion, le col est très-haut placé dans l'excavation du sacrum, tandis que dans la rétroversion il est placé derrière le pubis : on sent le corps de l'utérus étendu presque horizontalement, soit en avant, soit en arrière. Dans la rétro et l'antéflexion, outre que le col est peu divisé en avant ou en arrière, le doigt perçoit dans le cul-de-sac postérieur ou antérieur du vagin le fond de l'utérus, mais beaucoup plus difficilement que dans le cas précédent, et il peut s'engager dans le sillon qui sépare le corps fléchi sur le col de l'organe.

Si, dans un grand nombre de cas, ces déviations n'offrent pas de dangers immédiats, parfois cependant elles donnent lieu à des accidents inflammatoires fort graves. Les inconvénients qui peuvent encore résulter du déplacement de l'utérus sont : la rétention d'urine, la constipation et la stérilité. La rétroflexion utérine surtout expose l'utérus à une inflammation chronique, à des adhérences qui, dans les grossesses subséquentes, rendent l'avortement presque inévitable. Quant au traitement, comme pour la descente, il consiste à faire placer la femme dans une position horizontale, à replacer l'organe autant qu'on le peut, soit avec les doigts qui pressent sur le col ou sur le corps, soit à l'aide du petit bâton garni de linge dont s'est servi avec avantage M. Evrat. J'ai pu opérer cette réduction, chez madame S*** cliente de MM. Barthez et Michon, après deux années perdues dans des tentatives de tout genre, à l'aide d'un petit instrument que je fis fabriquer chez Charrière. Il consiste en une tige inflexible courbe, contenue dans une gaîne en caoutchouc, laquelle gaîne est soudée à un petit ballon de Gariel. La réduction une fois opérée au moyen de cette tige, on gonfle le ballon, puis on retire la tige et chaque jour on renouvelle l'opération jusqu'à parfaite guérison.

Ce procédé réussit parfaitement chez madame S*** que j'ai accouchée une fois depuis.

On peut aider ces moyens par des injections et lotions astringentes et froides, des douches ascendantes aromatisées ou sulfu-

reuses; enfin, à l'intérieur, les eaux ferrugineuses froides, les amers, le fer, conviennent chez les personnes faibles et chlorotiques.

§ 6. — Effets de l'accouchement sur les intestins, la vessie et les organes génitaux.

Inertie des intestins. — Les changements assez brusques qu'amène la déplétion de l'utérus dans les rapports de ces viscères entre eux; ceux qui ont lieu dans la circulation du bassin par la rétraction des vaisseaux utérins, et enfin les efforts violents, les pressions prolongées exercées pendant l'accouchement, déterminent quelques accidents qui sont intéressants à étudier. Ainsi, les intestins grêles, longtemps refoulés et comprimés par l'utérus développé, se trouvant tout d'un coup relâchés, tombent dans une espèce d'inertie que partage le rectum longtemps comprimé. Aussi les femmes accouchées sont-elles presque toutes sujettes à la *constipation;* d'autres, au contraire, peuvent être prises d'une *diarrhée* qui provient au contraire d'un certain degré d'irritation du gros intestin, et cette irritation, qui s'étend parfois à tout le tube digestif chez les sujets prédisposés, doit être attribuée à peu près aux mêmes causes. Enfin, les *hémorrhoïdes* que l'on observe dans les mêmes circonstances sont produites et par la gêne de la circulation et par les efforts réitérés qui tendent à expulser le fœtus, et par la violente pression qu'éprouve la partie inférieure du rectum.

Les lavements émollients ou légèrement laxatifs doivent d'abord être employés pour combattre la constipation, et s'ils ne suffisent pas, il faut administrer l'huile de ricin (15 grammes), le sel de Glauber (30 grammes), dans le bouillon aux herbes, mais seulement après la fièvre du lait. La diarrhée, l'irritation d'intestins et les *hémorrhoïdes* devraient être traitées, si elles persistaient au delà de la première semaine, par les émollients, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, et même par les évacuations sanguines locales, suivant leur degré d'intensité. Une ou deux sangsues appliquées sur les tumeurs elles-mêmes.

Il faut noter ici cependant que souvent la nature se charge seule de la guérison de ces incommodités comme de celles dont il va être question.

Rétention d'urine. — La vessie partage le sort des intestins pendant les derniers mois de la grossesse; la pesanteur de l'utérus la sollicite sans cesse à se vider; mais, lorsque l'accouchement a lieu, elle se trouve plus ou moins violemment comprimée par l'enfant, ce qui la fait tomber quelquefois dans une inertie passagère ou même dans une véritable *paralysie*, dont elle est beaucoup plus

longtemps à se remettre. La rétention d'urine qui en résulte mérite donc toute l'attention du praticien, qui ne doit jamais oublier de s'informer si l'accouchée a uriné. Si, dès le premier jour, les urines n'ont pas été rendues, il doit sonder la femme, car la réplétion de la vessie pourrait produire quelques accidents du côté de l'utérus lui-même, en outre des accidents mortels que causent la distension de la vessie et sa rupture. Cette incommodité ne dure, au reste, que quelques heures, quelques jours tout au plus; je l'ai vu cependant se prolonger près d'un mois : tout traitement échoue dans ce cas, le temps seul redonne à la vessie sa contractilité.

Je rappelle ici encore combien il est important de s'informer de l'état des urines, pour ne pas prendre des symptômes de rétention pour l'invasion d'une métro-péritonite, méprise que j'ai vue être cependant si souvent commise.

L'*incontinence* d'urine est, au contraire, en général, de peu de durée, et réclame surtout l'emploi des laxatifs et l'application de vésicatoires volants sur l'hypogastre, et plus tard les réfrigérants.

Phlegmons du bassin. — L'accouchement peut encore avoir une influence fâcheuse sur les organes génitaux. Outre les lacérations et les déplacements divers dont nous avons parlé, il arrive parfois que le vagin, le col de l'utérus, les trompes, les ovaires, ou même le tissu cellulaire qui environne ces organes, conservent pendant quelque temps un certain degré d'irritation, s'enflamment même. De là d'abord un sentiment de chaleur, de tension, de douleur à la pression, un mouvement fébrile habituel, de l'inappétence, de la céphalalgie, des nausées, la suppression, la diminution ou le changement de couleur et d'odeur des lochies ; symptômes peu apparents dans le principe, mais qui doivent attirer toute l'attention et qui peuvent devenir graves, car c'est à leur suite que l'on voit survenir les déviations, les indurations de l'utérus ou de son col, la métrite elle-même, et ces foyers purulents qui, si souvent dans nos hôpitaux, se développent dans les fosses iliaques et dans la profondeur du bassin.

La méthode antiphlogistique doit être, dans ces différents cas, employée dans toute sa rigueur; en effet, si après les injections émollientes dans le vagin, les grands bains, les boissons adoucissantes et la diète, on voit les symptômes persister au même degré ou augmenter, il ne faut pas hésiter à appliquer des sangsues en nombre suffisant, soit à la vulve, soit aux aines, et même pratiquer une saignée du bras, lorsque la réaction du pouls et la pléthore générale le commandent. J'ai, en 1851, été assez heureux, avec l'assistance de MM. Bouillaud et Bégin, pour faire avorter un phlegmon chez une dame à laquelle nous portions tous trois le plus vif intérêt. On se fera

facilement une idée de ma satisfaction quand on saura que le mari de cette dame, par son intervention tout empressée, est un de ceux qui ont le plus contribué à assurer mon avenir.

Si, par suite de l'inflammation du tissu, des abcès se sont formés dans la profondeur du vagin, dans les fosses iliaques ou vers tout autre point, il ne faut pas tarder à les ouvrir aussitôt que la fluctuation devient évidente, afin d'éviter qu'ils ne s'étendent, ne fusent et ne produisent de plus grands ravages. Chez une dame auprès de laquelle je fus appelé par M. Bernadet, M. A. Bérard ouvrit un de ces abcès de la fosse iliaque, la malade guérit rapidement. Mais le plus ordinairement, il n'est pas possible de donner issue au pus, et alors il est résorbé, ou bien il se fait jour naturellement par le vagin ou le rectum. Chez deux femmes de la Clinique, que j'avais fait passer dans le service de M. Honoré, la maladie s'est terminée de cette manière [1].

C'est en général ce que j'ai vu arriver le plus souvent; rarement j'ai vu ces abcès être suivis d'une issue funeste.

Tympatine. — Un des effets assez habituels de l'accouchement est le météorisme de l'abdomen. Ce symptôme est dans l'immense majorité des cas sans importance, et dépend d'un peu d'inertie intestinale et de relâchement de la fibre de l'intestin; cependant il est indispensable à étudier, surtout sous le rapport du diagnostic. Car s'il est causé ou par l'impression du froid, ou par une mauvaise digestion, des saburres, ou bien encore par un degré peu prononcé d'irritation, cet état réclamerait des moyens particuliers, suivant la cause qui l'aurait déterminé. Il faut donc interroger avec soin toutes les fonctions, afin d'acquérir la certitude que la tympanite n'est pas liée à quelque état grave soit des intestins, soit du péritoine. On pourrait, en effet, prendre cet état pour un symptôme de péritonite, de métro-péritonite ou de gastro-entérite, et employer les évacuations sanguines locales et les applications émollientes qui ne feraient qu'augmenter le météorisme, tandis qu'on parvient facilement à le dissiper au moyen de laxatifs légers, de carminatifs, d'embrocations avec l'huile de camomille camphrée, et de compression exercée sur l'abdomen avec un bandage de corps modérément serré. Au contraire, si le ventre météorisé est sensible à la pression, si le pouls est fréquent, la peau chaude, etc., cet état du ventre doit éveiller toute la sollicitude de l'accoucheur; un léger minoratif, tel que l'huile de ricin (15 grammes), serait indiqué, mais en y joignant les émissions sanguines, les cataplasmes, etc.

[1] On peut consulter sur ce sujet la thèse fort intéressante de M. le docteur Cherest (1841).

Œdème de la vulve. — J'ai expliqué précédemment quelles pouvaient être les causes de cet œdème, et quelles sont les indications à remplir pendant la grossesse et pendant le travail ; l'accouchement ne le dissipe pas toujours, et après lui il peut même être porté au point que les deux lèvres soient rapprochées de manière à empêcher l'écoulement des lochies. Cet état provient alors, ou d'une simple infiltration séreuse et sans douleur, ou d'une irritation assez forte, accompagnée d'une grande sensibilité des parties contuses pendant le passage de l'enfant. Dans le premier cas, quelques mouchetures suffisent pour diminuer la tension; dans le second cas, il est nécessaire d'appliquer les sangsues, si l'inflammation est trop vive, et de recommander l'usage des cataplasmes émollients et des bains tièdes.

Le docteur Ameuille vient d'observer un cas de cette nature, dans lequel les petites lèvres, fortement tuméfiées, faisaient une saillie considérable en dehors des grandes lèvres, qui elles-mêmes étaient aussi le siége d'un afflux séro-sanguin très-prononcé.

En quelques jours, à l'aide de mouchetures et d'applications résolutives, cet état, qui paraissait fort inquiétant, fut complétement modifié.

Thrombus de la vulve. — Si, pendant la grossesse, le thrombus de la vulve peut se présenter, par suite de la stagnation des fluides et de l'état variqueux où se trouvent les veines du vagin, on doit comprendre comment cette maladie devra être produite par la contusion qu'éprouvent les grandes lèvres lors du passage naturel ou de l'extraction artificielle de l'enfant. En effet, il se forme alors dans l'une ou dans l'autre lèvre, quelquefois dans toutes les deux, un épanchement sanguin qui tantôt est fort limité, tantôt, au contraire, envahit même une partie de la fesse, et donne lieu à une tumeur volumineuse, qui s'accompagne souvent de vives douleurs, surtout si elle s'enflamme : la tuméfaction, la teinte violacée de la peau, la fluctuation que l'on perçoit, la font reconnaître promptement. Le pronostic de ces tumeurs n'est pas grave en général, car on les a vues parfois se résoudre d'elles-mêmes, et l'on en obtient assez facilement la guérison, même lorsqu'elles sont converties en abcès. Mais, dans quelques cas rares, le sang infiltré autour du rectum, de la vessie, etc., etc., a formé de vastes foyers dont l'ouverture et l'inflammation ont entraîné la mort des malades.

Pour le traitement du thrombus, je n'ai qu'à rappeler ce que j'ai dit aux accidents du travail : 1° l'application des résolutifs, mais ils sont sans effet lorsque la tumeur est fluctuante, quelque peu volumineuse et bien circonscrite ; ce n'est que lorsqu'elle est très-

peu étendue et résistante qu'on peut y avoir recours; 2° l'évacuation des liquides contenus dans la tumeur, par le moyen de l'incision. Elle doit être faite largement sur le point le plus ramolli, et dès que l'on remarque une fluctuation manifeste dans la tumeur, afin d'éviter que les liquides épanchés ne fusent plus loin et ne décollent trop de parties. Si le thrombus était récent, il serait cependant convenable d'attendre vingt-quatre heures avant de l'ouvrir, afin de laisser le temps aux vaisseaux déchirés dans la tumeur de se rétracter et d'éviter par là une hémorrhagie ultérieure. Il faut se rappeler aussi que l'ouverture des thrombus, abcédés aux environs de l'anus, donne issue à du sang coagulé ou mélangé de pus qui répand une odeur de matières stercorales, que l'on pourrait attribuer à une lésion de l'intestin. Après l'incision, la plaie se déterge peu à peu et se cicatrise assez aisément, si, à un pansement simple avec la charpie et les compresses fenêtrées, on joint des soins de propreté indispensables. Voyez le même accident pendant le travail, page 458.

§ 7. — Bronchocèle.

Le gonflement de la glande thyroïde survient plus souvent après la parturition que dans d'autres circonstances; il paraît deux ou plusieurs jours après la délivrance, et alors on l'attribue au froid, ou bien aux efforts du travail et aux cris. Au moment où cet accident se manifeste, la femme éprouve la sensation d'une rupture dans le gosier. Ce gonflement peut rester peu considérable, indolent et stationnaire, ou augmenter peu à peu de volume au point de gêner beaucoup la déglutition, la respiration, et d'exercer même une pression dangereuse sur les parties voisines. On a vu la glande s'enflammer et donner lieu à un large abcès qui s'est ouvert au dehors. Le traitement à employer est le même que pour le goître, et doit consister d'abord en applications émollientes de sangsues s'il y a inflammation, puis d'eau froide et de résolutifs lorsque celle-ci a diminué. Si la tumeur est dure et indolente, il faut recourir à l'iode, administré à l'intérieur en potion, ou à l'extérieur sous forme de pommade, en frictions sur la partie gonflée. Les abcès qui tiendraient à se former seraient traités suivant la méthode générale.

J'ai pu observer, à la Clinique, une jeune fille chez laquelle le gonflement de la glande thyroïde s'était manifesté dès les premiers mois de sa grossesse, l'accouchement l'accrut singulièrement, et il disparut petit à petit, à mesure que l'accouchée se rétablit.

Quinze jours après l'accouchement, il n'en restait plus que quelques traces.

§ 8. — Inflammation des symphyses.

L'inflammation des symphyses du bassin après l'accouchement est une maladie rare qui n'a été jusqu'ici qu'incomplétement étudiée. On l'a généralement considérée comme une affection traumatique suite de la diastase ou de la rupture des ligaments articulaires. Denman est le seul qui admette que cette inflammation puisse se manifester sans lésions traumatiques, et à la suite d'un travail facile. Depuis, M. Joyeux, dans sa thèse, admet que cette maladie dépend d'une prédisposition interne, de cette activité vitale dont les articulations et les surfaces osseuses sont le siége pendant la gestation. Il ajoute qu'une cause légère, telle que le froid humide, une suppression de transpiration, suffit alors pour déterminer cette inflammation.

La marche de cette affection est partagée en trois périodes.

Dans la première, il y a simplement congestion et augmentation légère de la sensibilité, mais les fonctions sont peu entravées; quelques douleurs gênent les mouvements et la marche, mais bientôt elles cèdent à la seule influence du repos. A un degré de plus la phlegmasie est confirmée, les douleurs s'exaspèrent à la moindre pression et rendent tous les mouvements impossibles; du gonflement et de la tension se manifestent aux articulations malades. Ici la résolution est encore possible, si elle tarde, la troisième période se déclare : un liquide séreux, puis opaque et concret, s'épanche dans les tissus et dans les cavités articulaires; la suppuration s'établit avec tous les phénomènes qui la caractérisent. La guérison n'est plus alors que l'exception, et ne s'obtient souvent qu'au prix de longues souffrances et d'infirmités.

Le traitement consiste, dès le début, dans les saignées locales, les cataplasmes, les bains prolongés, et le repos le plus complet; enfin des saignées générales devront être faites s'il y a une réaction vive. Dans la troisième période, les bains, les cataplasmes et le repos devront être seuls mis en usage.

Il y a deux observations très-curieuses de cette affection, recueillies à la Clinique du professeur Stoltz [1]. Dans la première observation, la maladie, survenue à la suite d'un accouchement de jumeaux prompt et facile, n'affecta que la symphyse pubienne. Elle céda en peu de temps à l'application de quelques sangsues. La malade pouvait marcher le vingt-troisième jour.

Dans la deuxième observation, la maladie survient une première

[1] *Gazette de Strasbourg*, 20 juin 1842.

fois sur la symphyse sacro-iliaque gauche, et à la suite d'une application de forceps; elle mit plusieurs mois à disparaître. Puis une seconde fois, dans le même lieu, à la suite d'un accouchement spontané où une dose considérable de seigle ergoté avait été administrée. Cette fois un abcès considérable se manifesta, et il ne se fit jour par le rectum qu'au bout de deux mois; l'écoulement du pus dura quatre mois, alors seulement la marche redevint possible. Enfin, une troisième fois, dans une sixième grossesse, un nouvel abcès se forma dans le même lieu, et se fit jour par le rectum; mais plusieurs esquilles composées de tissu compacte et diploïque sortent par la même voie, le pus devient sanguinolent, brunâtre, fétide, et la mort arrive après quatre mois de souffrances.

Névralgie des lèvres. — Le docteur Marcuel de Ferrières a constaté chez une femme à la suite d'un refroidissement, trois semaines après son cinquième accouchement, une névralgie de la grande lèvre droite qui résista à toute espèce de traitement, cette femme eut onze enfants [1].

Douleurs aux pieds, aux mains, au pubis. — J'ai quelquefois observé ces douleurs aux pieds; M. Ameuille, dans deux cas, a pu les constater à un degré très-prononcé aux mains; M. P. Dubois aux os du pubis, et toujours sans lésions appréciables. Ces douleurs ont cédé, après un temps plus ou moins long, aux cataplasmes, aux embrocations narcotiques, aux bains.

Mort subite en suites de couches.

(Voyez art. *Chloroforme*, pag. 739.)

Mouvement fébrile dépendant de l'état des organes génitaux.

Au moment de l'accouchement, les organes génitaux externes peuvent, malgré les soins les plus minutieux, être froissés, excoriés, déchirés, les lésions entretiennent souvent un état fébrile dont la cause peut d'autant mieux rester inconnue que la malade n'éprouve pas une douleur vive et qu'elle n'appelle pas alors sur le fait l'attention de l'accoucheur.

Il sera donc très-important, toutes les fois qu'un état fébrile sans cause bien manifeste sera constaté chez une nouvelle accouchée, de s'enquérir de l'état des organes, et dans le cas où ils seraient lésés, de faire isoler les surfaces avec des plumasseaux de charpie trempés dans l'eau de guimauve, et souvent renouvelés; de faire faire de fréquentes injections, et de faire appliquer des cataplasmes de fé-

[1] *Union médicale*, 1er novembre 1855.

cule de riz de préférence à la farine de lin, souvent altérée ou par le temps ou la sophistication.

Si la fièvre est entrevue par cette cause, elle ne tardera pas à cesser.

Fréquence insolite du pouls. Délire déterminé par l'inanition.

Une autre cause bien moins fréquente, mais bien plus sérieuse par les erreurs qu'elle peut faire commettre, cause qui peut déterminer sans aucune lésion d'organe une fréquence excessive du pouls, 130, 140 pulsations par minute, le délire le plus complet et la mort si on tardait trop à reconnaître la cause de cette fréquence, c'est l'inanition. Deux fois en quelques années j'ai pu constater les fâcheux effets de cette cause, j'ai communiqué la première de ces observations à mon ami Marrotte; elle fait partie d'un mémoire très-étendu qu'il a publié sur ce sujet. Voici ce fait aussi succinct que possible, il a eu pour témoin M. le professeur Bouillaud.

Madame la marquise D..., grande et belle personne douée d'un excellent appétit, fut prise, après les couches les plus heureuses et sans cause appréciable, le lendemain de la fièvre de lait, avec une fréquence excessive du pouls (130), d'insomnie complète, prostration des forces, délire fugace, éblouissements, céphalalgie frontale intense. Je fus très-alarmé par cet état de la malade et par les renseignements qui me furent donnés. Il ne me vint pas à la pensée d'augmenter l'alimentation de madame D... les bouillons qu'elle avait pris la veille, jour de la fièvre de lait, furent au contraire changés en une diète absolue.

Cependant j'avais beau interroger tous les organes, je ne trouvais aucune lésion qui pût expliquer cette fréquence insolite. Mais redoutant une de ces fièvres de résorptions si graves et si insidieuses, je désirai avoir l'avis de M. Bouillaud : d'un commun accord nous persévérâmes dans le régime diététique; des bains furent donnés à la malade avec affusions fraîches sur la tête. La nuit qui suivit fut des plus agitées; le pouls s'éleva à 140; perte de connaissance, délire furieux. Madame D. voulait frapper la religieuse qui la gardait, son mari même qu'elle ne reconnaissait pas; nous fûmes effrayés, à notre visite du matin, de l'état de la malade et nous portâmes le plus fâcheux pronostic. Cependant, disais-je, je vois bien toutes les apparences d'un état des plus graves dans cette fréquence insolite du pouls, dans le délire, etc. Mais je n'étais pas convaincu que l'inanition ne fût pas la seule cause de ces symptômes; je fis part de mes doutes à M. Marrotte, il m'affermit dans cette pensée; je retournai immédiatement chez la malade, et j'ordonnai de faire

monter un potage. La manière dont il fut reçu et dévoré acheva de m'éclairer : de deux heures en deux heures le même régime fut continué ; le calme et le sommeil revinrent. Le lendemain matin M. Bouillaud trouva le pouls à 80 ; la malade était souriante, reposée, et M. Bouillaud, avec cette rare bonne foi qui lui est habituelle, me dit en sortant : Ce fait sera pour nous d'un grand enseignement.

Deux années après je suis appelé en consultation pour une dame qu'on croyait atteinte d'une affection grave en suite de couches, parce que depuis la fièvre de lait, qui avait obligé de restreindre l'alimentation, le pouls était resté très-fréquent ; qu'il y avait lipothymie, absence de sommeil, céphalalgie ; c'était un cas identique à celui de la marquise D... Je ne tardai pas à m'en convaincre après l'examen de la patiente. Il y avait bien une fréquence insolite, moins tout ce qui constitue la fièvre ; la peau était fraîche, etc. Le confrère, après l'examen, m'engageant à passer dans une pièce voisine pour nous entendre sur ce qu'il y avait à faire : Passons à la cuisine, lui dis-je, pour faire le menu de madame. Grand fut son étonnement, et cependant un bon potage fit baisser le pouls et disparaître tous les symptômes alarmants. J'étais resté sous l'impression de ces deux faits et de ceux que M. Marrotte a signalés dans son remarquable Mémoire[1] quand je fus appelé (septembre 1860) à Dijon par mes très-honorés confrères MM. les docteurs Lemoine et Lépine. J'arrive au milieu de la nuit, et je trouve une jeune femme accouchée depuis deux mois, et que je crus dans l'état des deux précédentes. La désolation de cette excellente famille qui entourait le lit de la malade me donnait à mon insu un si vif désir de ne trouver chez elle que les symptômes de l'inanition, que je pris complétement le change. Malheureusement mes confrères avaient mieux vu que moi ; leurs appréhensions furent justifiées et non mes espérances, nous avions affaire à une fièvre puerpérale à forme insidieuse qui, peu de temps après la consultation, emporta la jeune femme.

§ 9. — Rhumatisme utérin.

Lorsque pendant la grossesse et l'accouchement l'utérus a été atteint de cette affection à laquelle on donne le nom de *rhumatisme utérin*, cet organe ne jouit pas d'une énergie de retrait aussi considérable que dans l'état de santé ; l'utérus reste développé au-dessus des pubis, et la nouvelle accouchée est alors exposée à l'hémorrhagie.

Les tranchées utérines sont aussi très-vives et souvent répétées,

[1] *Du régime dans les maladies aiguës.* 1859.

et la sensibilité de l'organe et les phénomènes généraux de réaction peuvent en imposer pour une inflammation péritonéale.

Souvent aussi une inflammation métro-péritonéale légère accompagne cette affection, et nécessite l'application des sangsues, des cataplasmes, l'usage du laudanum en lavement et en embrocations sur le ventre.

§ 10. — De la métro-péritonite puerpérale.

Je n'ai pas fait un article séparé de la métrite puerpérale, parce que cette affection est si communément accompagnée de la péritonite, qu'on ne peut guère l'isoler de cette dernière.

La métro-péritonite puerpérale peut revêtir deux formes bien tranchées.

1° *Forme véritablement inflammatoire.* — Dans celle-ci, ou la péritonite est l'affection principale, ou en raison de la constitution du sujet, la métrite présente le caractère franc des phlegmasies des organes parenchymateux.

2° *Forme typhoïde.* — La métro-péritonite ne se manifeste jamais sous cette forme dès le début ; elle correspond à une lésion anatomique, qui n'est peut-être elle-même qu'une conséquence de la phlébite utérine, et qui est caractérisée par le ramollissement putrescent de l'organe.

Je dois encore signaler ici une autre forme bien moins grave, mais en même temps très-insidieuse de la métro-péritonite; je veux parler de celle dans laquelle, après la diminution notable, et quelquefois même la cessation des accidents inflammatoires proprement dits, il se développe une névralgie utérine des plus intenses.

3° Forme à laquelle on a donné le nom de *fièvre puerpérale.* — Ici l'inflammation du péritoine et de l'utérus n'est qu'une des circonstances pathologiques de la maladie, et non la maladie elle-même tout entière. Quelquefois il y a absence complète de besoins appréciables du côté du ventre.

Métro-péritonite inflammatoire.

Causes. — L'inflammation de l'utérus et du péritoine reconnaît pour causes les douleurs de l'enfantement, la prolongation du travail, les manœuvres nécessaires à l'extraction du produit ou du placenta, le refroidissement, l'abus des aliments pendant l'état puerpéral, les impressions morales vives, etc. Quant à la suppression de l'écoulement des lochies, il faut la regarder bien plutôt comme un effet de la maladie que comme sa cause.

Il en est de même de la suppression de la sécrétion laiteuse.

Diagnostic. — J'ai dit, à l'occasion des soins qu'on doit donner à la nouvelle accouchée, que l'accoucheur doit s'enquérir, avant tout, des fonctions de la vessie : ainsi, il ne doit pas se contenter de se faire montrer les urines et d'en apprécier la quantité, mais il doit encore palper l'hypogastre et s'assurer que la vessie n'est pas distendue ; car il se pourrait que les urines n'aient été rendues que par regorgement, et, par conséquent, que la vessie soit restée distendue, bien qu'on ait recueilli une certaine quantité d'urine. En effet, si dans ce cas on s'en rapportait à la garde, on serait souvent exposé à commettre de graves erreurs.

L'attention de l'accoucheur doit se porter en second lieu sur le pouls ; s'il le trouve à l'état normal, il est plus que probable que l'état de l'accouchée est satisfaisant, quand bien même cette dernière se plaindrait de ressentir des douleurs assez aiguës dans l'abdomen. Quand il n'y a pas de fréquence, ces douleurs ressenties par l'accouchée ne sont le plus ordinairement que des tranchées utérines déterminées par le retrait de l'organe à son état primitif. D'ailleurs le retour régulier, le type de ces douleurs, qui simulent celles de l'accouchement, pendant lesquelles l'utérus se durcit et se forme en *boule*, suivant l'expression des femmes, qui partent des reins et viennent mourir dans le bas-ventre, sert aussi à les faire distinguer de celles qui signalent l'invasion d'une métro-péritonite. Enfin, l'exploration abdominale enlèvera tous les doutes. Ainsi, on pourra déprimer fortement les fosses iliaques, sans déterminer une sensibilité vive, si les douleurs sont déterminées par le retrait physiologique de l'utérus ; dans le cas contraire, la plus légère pression dans les fosses iliaques produira une douleur très-aiguë.

Cependant il faut se tenir en garde contre une cause d'erreur de diagnostic bien commune. Si l'accouchée, comme je l'ai dit, n'a pas uriné, ou si elle n'a accompli cette fonction qu'incomplétement, la douleur qui résulte de cette réplétion de la vessie peut faire croire à l'invasion d'une métro-péritonite. En effet, ces douleurs se propagent jusque dans les aines ; elles s'exagèrent par la pression ; elles n'ont pas la régularité des tranchées utérines ; elles s'accompagnent de fréquence du pouls, d'une anxiété extrême, de céphalalgie, de frissons et du développement de l'abdomen, et peuvent simuler le météorisme qui accompagne les inflammations métro-péritonéales. On évitera cet écueil en portant toute son attention sur l'état de la vessie.

On reconnaîtra donc l'invasion d'une métro-péritonite aux symptômes suivants :

Pouls grand, assez dur, fréquent, peau chaude, sensibilité à la

pression dans les fosses iliaques surtout, qui s'irradie souvent dans les cuisses ; ventre plus ou moins météorisé. L'invasion de la maladie est souvent signalée par un frisson plus ou moins prolongé, après lequel survient de la céphalalgie. A l'époque de la fièvre de lait, la sécrétion laiteuse s'établit incomplétement, les seins ne se tuméfient pas : souvent aussi, dès le début des accidents, les lochies se suppriment, ce qui a fait regarder à tort ce symptôme, qui précède ordinairement tous les autres, comme une des causes de la maladie.

Marche. — Cette affection résiste rarement à un traitement antiphlogistique énergique, surtout quand la force du sujet permet d'en user largement, et alors le retour à la santé est assez rapide ; les fonctions physiologiques, qui avaient cessé, reprennent leur activité : ainsi, les lochies recommencent à couler, les seins se tuméfient, la fièvre diminue ; enfin tous les autres symptômes s'amendent. Mais si la maladie a été méconnue à son début, si le traitement a été insuffisant, soit parce qu'il a été commencé trop tard, soit parce que le médecin a reculé devant des évacuations sanguines abondantes et répétées, elle pourra être modifiée dans sa marche, mais le résultat n'en sera pas moins fâcheux le plus ordinairement. Tantôt à la période inflammatoire succédera une période de collapsus ou d'adynamie, qui coïncidera avec la formation de l'épanchement séro-purulent dans le péritoine, et amènera la mort en quelques jours; tantôt la maladie marchera avec une rapidité effrayante ; quoique l'épanchement se soit effectué, la période de collapsus manquera, et la malade sera enlevée en quelques heures, au milieu d'un délire furieux, d'atroces douleurs, d'un ballonnement énorme du ventre, et enfin d'une suffocation continuelle accompagnée de vomissements et de borborygmes. D'autres fois, les douleurs cesseront complétement, le ventre tendu, ballonné, sera insensible ou l'on n'y déterminera par la pression qu'une sensibilité obtuse et profonde.

Mais, dans tous les cas, l'agonie est souvent prolongée sans symptômes d'ataxie ; la connaissance reste complète, le pouls s'affaiblit graduellement, un froid universel s'empare de la malade en commençant par les extrémités des membres, et elle expire.

Cette terminaison est heureusement rare dans la forme inflammatoire convenablement traitée. Il n'en est pas de même de la forme typhoïde et de la fièvre puerpérale.

Traitement. — Dès le début de la maladie, on doit insister sur les émissions sanguines proportionnées à l'intensité de la maladie, à la force et au tempérament du sujet.

Quand le pouls est plein, développé, qu'il y a des symptômes bien

prononcés de fièvre inflammatoire, une saignée du bras de deux ou trois palettes doit être pratiquée ; trente à quarante sangsues seront appliquées dans les fosses iliaques ; un large cataplasme de farine de graine de lin, bien chaud, remplacera les sangsues, un autre sera placé sur la vulve ; ces cataplasmes seront changés toutes les trois ou quatre heures, et jamais dans ce changement l'abdomen ne devra rester nu, le cataplasme nouveau devra remplacer l'ancien au fur et à mesure que celui-ci est enlevé. A l'aide de cette précaution, on évite l'action de l'air sur le ventre, que le cataplasme avait entretenu chaud et humide.

Ces cataplasmes doivent aussi être arrosés de laudanum, surtout si aux symptômes inflammatoires se joignent des tranchées vives et fréquentes. Le ventre sera recouvert d'une couche abondante d'axonge.

Enfin, on fera prendre à la malade 15 grammes d'huile de ricin, ou du calomel par prises de 15 ou 20 centigrammes jusqu'à effet purgatif ; car il est extrêmement important dans ce cas, comme dans tout le cours de la maladie, d'éviter la constipation.

La malade sera condamnée au repos le plus absolu, au silence et à l'isolement le plus complet ; elle prendra, toutes les demi-heures, une tasse d'infusion quelconque chaude et sucrée.

Il est rare qu'une affection franchement inflammatoire résiste à ce traitement. Le plus ordinairement ces moyens suffisent pour enrayer les symptômes, et le repos, l'usage des boissons chaudes, des cataplasmes et des lavements émollients, continués avec soin, amènent rapidement la guérison.

Si, après une saignée générale et une application de sangsues, les symptômes ne sont pas amendés, il faut avoir recours de nouveau aux sangsues dans les fosses iliaques, et en proportionner le nombre à l'intensité des accidents et à la force du sujet.

Mais, si la période inflammatoire se passe sans qu'on ait pu enrayer les accidents, il faut renoncer aux émissions sanguines et prescrire les grands bains, le laudanum administré par huitième de lavement, deux lavements par jour, avec addition de huit à dix gouttes dans chacun, le laudanum associé à l'huile de camomille camphrée en embrocations sur le ventre ; enfin, les frictions mercurielles sur l'abdomen et les cuisses, à la dose de 15 à 30 grammes par jour. Le docteur Honoré retirait dans ces cas un grand avantage des vésicatoires. J'ai vu souvent ce moyen lui réussir dans des cas désespérés, et chez des femmes affaiblies par des pertes utérines ou des grossesses pénibles. Ce praticien habile, pendant les quelques années qu'il fut chargé des femmes en couches à

l'Hôtel-Dieu, obtint de si heureux résultats, qu'il fit de ce service le plus favorisé de tous ceux du même genre.

Lorsque les malades survivent à cette affection, elles éprouvent souvent, pendant leur convalescence, des symptômes d'embarras gastrique; les forces, l'appétit ne reviennent pas, un petit mouvement fébrile persiste; on se trouve très-bien, dans ce cas, d'une secousse de vomissement : 1 gramme d'ipécacuanha dans deux verres d'eau tiède suffisent pour obtenir cet effet.

Forme névralgique succédant à l'état inflammatoire.

C'est principalement dans les cas où la métrite est l'affection prédominante, que l'on voit la névralgie utérine succéder à la métro-péritonite; on la reconnaîtra aux caractères suivants : il n'y a plus que peu ou point de sensibilité ni dans l'hypogastre, ni dans aucun autre point de l'abdomen; la fièvre est tombée, il n'y a plus ni envie de vomir, ni vomissements, ni constipation; en un mot, tout annonçait une solution favorable et très-avancée quand les douleurs se réveillent après douze ou vingt-quatre heures d'un calme parfait; bientôt elles acquièrent une intensité extrême; la malade les compare aux douleurs de l'enfantement, sous le rapport de leurpoint de départ, mais non relativement à leur violence qu'elle dit être bien plus grande. On serait tenté de croire à la recrudescence de la métro-péritonite, si l'insensibilité de l'abdomen, l'état du pouls et les autres signes négatifs, dont je viens de faire mention, ne suffisaient pas pour éclairer le diagnostic; si cependant il restait encore quelques doutes, il est un symptôme qui les fera cesser à coup sûr, et qu'en conséquence on pourrait considérer ici comme pathognomonique. On sait que dans la métro-péritonite suraiguë les malades redoutent toute espèce de mouvement, parce que le mouvement augmente leurs souffrances; M. Honoré a fait remarquer que dans la névralgie utérine qui succède à la métro-péritonite, il y a, au contraire, jactation continuelle, impossibilité de garder aucune attitude, et dès lors changement de position à toute minute.

Dans cette espèce, le traitement est facile et sûr : le laudanum en lavement, qu'on répète toutes les deux ou trois heures, jusqu'à cessation complète des douleurs, suffit pour les faire disparaître dans les vingt-quatre heures, et ensuite on voit la résolution de la métro-péritonite s'achever aussi rapidement que si cet accident n'était pas venu entraver la marche.

J'ai observé l'année dernière un cas de cette espèce dans le service de M. Honoré. Une malade atteinte d'une métro-péritonite puerpérale était dans l'une des salles depuis six jours; son état s'était gra-

duellement amélioré, et le septième jour on pouvait la considérer comme guérie, quand le lendemain la religieuse de la salle dit à M. Honoré que cette malade avait été prise de douleurs affreuses dans l'après-midi de la veille, et que certainement elle allait mourir très-prochainement, parce que les douleurs ne faisaient que s'aggraver. Le diagnostic ne parut pas un instant douteux pour ce praticien habile, le pronostic qu'il porta fut lui-même très-favorable; et, en effet, au troisième lavement laudanisé, les douleurs avaient cessé complétement; la nuit fut parfaite, et la convalescence très-rapide.

Forme typhoïde.

La métro-péritonite typhoïde débute ordinairement par un frisson très-intense, très-prolongé, auquel succède une céphalalgie aiguë, de la somnolence; le pouls et petit, dur, concentré; la peau est chaude, sèche, elle se couvre de taches phlogosées, surtout aux doigts, aux poignets, aux genoux; la soif est excessive; le ventre se météorise, et la pression développe une sensibilité assez vive dans les fosses iliaques. Souvent à ces premiers symptômes viennent se joindre une diarrhée séreuse, des vomissements répétés, et une dyspnée qui fait craindre la suffocation; les traits sont décomposés; les yeux se cernent et se cavent; la face est pâle ou colorée aux pommettes seulement; enfin il y a prostration complète des forces, soubresauts des tendons. Cet état se prolonge plus ou moins, mais en général, quand la maladie ne peut être amendée après trente-six ou quarante-huit heures, la face devient terreuse, les traits se décomposent de plus en plus, une sueur froide ruisselle de toute la surface du corps, l'abdomen a acquis un développement considérable, la fluctuation y est très-manifeste; tantôt la sensibilité du ventre est portée à l'extrême, tantôt elle est obtuse, et la malade ne se plaint que de douleurs de reins; la dyspnée augmente considérablement; les urines et les matières fécales s'échappent involontairement; enfin, la malade expire après une agonie prolongée.

Quelquefois, dès l'invasion de la maladie, on pourrait croire de prime abord à une réaction assez vive, mais il ne faut pas se laisser imposer par ce symptôme extrêmement trompeur : le plus ordinairement cet état inflammatoire n'est qu'apparent, et à la première émission sanguine, la malade est jetée dans la prostration la plus complète; aussi, à moins que la forme inflammatoire ne soit bien manifeste, ne doit-on user des émissions sanguines qu'avec une grande réserve. Quelques sangsues sur l'abdomen suffiront pour amender l'état local, dans lequel on ne doit pas considérer toute la

maladie, mais que l'on doit regarder seulement comme un symptôme. Et de plus, ces sangsues, suivant l'effet obtenu, indiqueront si l'on doit continuer ou s'abstenir.

Pronostic. — Cette forme est plus souvent mortelle que la précédente. Quoique généralement moins rapide dans sa marche, les accidents s'aggravent cependant plus rapidement que dans la forme inflammatoire, surtout si l'on abuse des émissions sanguines. Ainsi, la première période inflammatoire est si courte, qu'elle est souvent inappréciable, et que l'épanchement séro-purulent suit de près l'invasion.

Cette circonstance explique aussi comment on obtient si peu de succès par le traitement antiphlogistique.

Traitement. — Dans les premières heures de l'invasion de la maladie, si la période inflammatoire est bien tranchée, le traitement ne diffère de celui que j'ai conseillé pour la forme inflammatoire que sous le point de vue des émissions sanguines qui doivent être faites avec une juste réserve. Ainsi, comme le recommande expressément M. Bouillaud, si quelques symptômes trahissaient déjà à l'avance la forme typhoïde, on devrait se contenter d'une application de sangsues dans les fosses iliaques. J'ai eu l'occasion, il y a peu de jours, dans deux circonstances où je fus appelé en consultation, d'observer combien les émissions sanguines peuvent être funestes dans cette forme de la maladie. Dans un de ces cas, après une saignée copieuse du bras, la malade fut jetée dans la prostration la plus complète, et cependant on revint de nouveau à la saignée générale et aux saignées locales abondantes, si bien que la malade succomba en moins de trente-six heures. On administrera avec avantage les laxatifs doux, surtout s'il y a constipation; la diarrhée ne serait pas même une contre-indication de l'usage de ce moyen; puis on administrera des huitièmes de lavement avec douze ou quinze gouttes de laudanum, huile de ricin (15 à 20 grammes), auxquels on associera avec avantage le camphre (1 gramme trituré avec un jaune d'œuf); on fera des frictions mercurielles sur le ventre (15 à 30 grammes par jour); le ventre sera recouvert d'un large cataplasme léger. Pour boisson, dès le début, continuellement l'eau gommée; les infusions adoucissantes devront être préférées; mais, dès que les symptômes typhoïdes ont pris le dessus, on se trouve bien de l'usage de l'eau vineuse (vin blanc ou rouge, 100 grammes; eau commune, 500 grammes; sirop de capillaire, 60 grammes); de la décoction de quinquina sucrée et coupée avec l'eau gazeuse de Seltz, et administrée froide.

M. Honoré a aussi obtenu dans ces cas les meilleurs effets des vésicatoires aux cuisses et aux jambes. Une de nos clientes communes, parente de M. Cazalis, ne dut la vie qu'à ce moyen.

Métro-péritonite épidémique, ou fièvre puerpérale.

Une maladie qui participe à la fois de ces deux formes inflammatoires et typhoïdes, qui cependant affecte plutôt la seconde forme, est la fièvre puerpérale épidémique, maladie foudroyante qui tue souvent dès la première douleur, dans le frisson d'invasion.

La fièvre puerpérale est encore peu connue dans sa nature, dans ses formes même et dans son traitement, et la discussion qui vient d'avoir lieu [1] n'a pas encore éclairé entièrement la question; car, toutes les fois qu'elle a sévi dans les grands établissements consacrés aux femmes en couches, elle a présenté un caractère particulier et des symptômes souvent très-dissemblables, dont il faut chercher la raison dans ces singulières vicissitudes atmosphériques, si bien signalées par les grands maîtres. Cette influence mystérieuse, qui imprime à toutes les maladies un élément variable, qui se joue souvent de toutes les méthodes thérapeutiques, est surtout manifeste dans la fièvre puerpérale; aussi est-il impossible, dans l'état actuel de la science, de donner une histoire complète de cette affection. Ce n'est que par une série d'observations recueillies dans des conditions de temps, de lieux, de constitutions médicales différentes, en comparant entre elles un grand nombre d'épidémies sous le rapport de leurs principaux phénomènes, de leur marche, de leur durée, de leurs terminaisons et des moyens de traitement qui ont eu le plus de succès, que peut-être il deviendra possible de jeter quelque lumière sur la nature de cette maladie, et sur les méthodes thérapeutiques qu'il conviendra de lui opposer.

Je me bornerai donc à donner l'histoire succincte des principales épidémies dont la relation nous a été transmise, et de celles dont j'ai été témoin à l'hôpital des Cliniques, en 1836 et en 1838.

A l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1782, une épidémie des plus meurtrières se manifesta. Doulcet, frappé du caractère particulier que revêt la maladie, caractère qu'elle devait à l'état saburral du tube digestif, administre à toutes les malades l'ipécacuanha, et dès ce moment la mortalité cesse d'exercer ses ravages.

Dans l'épidémie qui sévit avec tant de rigueur en 1790 et 1791 dans le comté d'Aberdeen, le type particulier de cette maladie était un état inflammatoire manifesté par une céphalalgie intense, un pouls large, développé, etc. Les émissions sanguines générales et

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1858, t. XXIII, passim. — *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement, communications à l'Académie impériale de médecine* par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chegoin, etc. Paris, 1858, in-8.

locales, souvent portées jusqu'à la syncope, permirent à Gordon de sauver presque toutes ses malades.

M. Tonnellé [1] a tracé aussi, sous l'inspiration de Désormeaux, l'histoire des fièvres puerpérales qu'il a observées à la Maternité de Paris, pendant l'année 1829. Dans presque toutes les observations qu'il a recueillies, on retrouve toutes les formes de cette terrible maladie : 1° la forme inflammatoire ; 2° cette forme typhoïde souvent consécutive *à la suppuration des vaisseaux ou à la résorption purulente* [2], souvent concomitante de la phlébite utérine et de la putrescence utérine si bien décrite par Dance [3] et depuis par M. Cruveilhier [4] ; 3° la forme ataxique, qu'il observa plus rarement.

On conçoit que ces variétés n'ayant pas échappé à un esprit aussi judicieux que l'était celui de Désormeaux, ce savant praticien n'ait pas adopté une méthode de traitement exclusive. Il avait, dit M. Tonnellé, conçu d'une manière plus sage et plus élevée le traitement de la maladie qui nous occupe ; les diverses méthodes thérapeutiques n'ont point pour lui de valeur constante et absolue, et n'ont qu'une utilité relative et subordonnée, d'une part aux diverses formes de la maladie, et de l'autre aux diverses constitutions atmosphériques qui l'influencent sensiblement, sans en modifier souvent la physionomie. Aussi est-il faux, selon Désormeaux et son ami Honoré, d'affirmer d'une manière absolue, que telle médication guérit cette maladie. On doit se borner à dire, dans l'état actuel de la science, quels remèdes ont réussi à telle époque et dans tel cas bien défini ; quels autres au contraire ont échoué, jusqu'à ce que des observations nombreuses, recueillies à diverses époques et dans des circonstances différentes, puissent offrir une base solide à une systématisation, aujourd'hui impossible. Aussi ces médecins habiles employaient-ils, suivant les circonstances, les saignées générales et locales, les préparations mercurielles, les vomitifs en première ligne, et secondairement les laxatifs, les opiacés, les bains, les cataplasmes, les vésicatoires, les sinapismes, le quinquina.

A. *Saignée générale.* — Dans la forme inflammatoire, Désormeaux

1 *Traitement de la fièvre puerpérale et en particulier des saignées locales en général.* Paris, thèse, 1839, in-4. — *Des fièvres puerpérales observées à l'hospice de la Maternité en* 1829 (*Archives de médecine.* Paris, 1830, t. XXII et XXIII).

2 Cette question est loin d'être jugée.

3 *Essai sur la métrite aiguë puerpérale.* Thèse, Paris, 1824, in-4.

4 M. Cruveilhier, attaché comme médecin pendant plusieurs années (1830-1832) à l'hospice de la Maternité, a observé un certain nombre de cas dont il a figuré les pièces pathologiques dans son bel ouvrage : *Anatomie pathologique du corps humain*, XIIIe livraison, in-fol., fig. col.

retira de la saignée générale des avantages incontestables : employée dès le début et répétée plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, elle faisait quelquefois avorter la maladie. Dans la seconde période, la saignée était rarement utile ; cependant on pouvait en retirer quelque avantage, quand, après la formation de l'épanchement survenait une vive réaction générale, que le pouls était dur, fréquent, la chaleur élevée, la face rouge, l'œil animé. Cette saignée pouvait, dans ce cas, prévenir quelques phlegmasies secondaires, particulièrement la pleurésie, la pneumonie.

Désormeaux et M. Tonnellé virent souvent la forme inflammatoire se masquer sous la trompeuse apparence de la faiblesse et de la prostration : la face était pâle, le pouls petit, la chaleur médiocre. Dans cette forme insidieuse, l'exploration du cœur et des poumons fournissait quelquefois des signes précieux ; si les contractions étaient tumultueuses, le bruit sourd, l'impulsion forte ; si le murmure respiratoire était faible et comme étouffé, Désormeaux avait recours à une saignée explorative, et, suivant l'effet qui en résultait, suivant l'état du pouls et suivant l'état du sang tiré de la veine, il abandonnait ce moyen ou l'employait de nouveau.

B. La *saignée locale* trouvait une utile application dans l'inflammation vive, franche, du péritoine et de l'utérus, avec vive réaction générale.

Les applications de sangsues se faisaient sur le ventre, au nombre de quarante à cinquante, et fréquemment elles étaient répétées le soir et le lendemain, si l'amélioration n'était pas évidente. Chez quelques malades on en a appliqué jusqu'à deux cents dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures.

Ces saignées locales avaient une influence constante sur les douleurs et étaient supportées très-facilement par les femmes même faibles, et amenaient une sorte de détente pendant laquelle la chaleur et l'agitation se calmaient ; la peau se couvrait de sueur et les lochies reparaissaient souvent. Il n'en était pas de même de la saignée générale, qui produisait toujours une action débilitante très-rapide, sans agir le plus souvent sur la maladie locale.

C. *Frictions mercurielles.* — Lorsque l'épanchement ou la suppuration était formée, et surtout quand il se manifestait quelques signes qui pouvaient faire soupçonner l'absorption du pus, Désormeaux se gardait bien d'insister sur les émissions sanguines, mais il avait recours aux frictions mercurielles, et souvent cette médication a été couronnée de succès.

D. *De l'ipécacuanha.* — Depuis Doulcet, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui popularisa cette méthode et en obtint de si brillants succès,

l'ipécacuanha fut tour à tour préconisé comme un remède infaillible et abandonné comme inutile ou nuisible, parce qu'on ne tenait pas compte des formes particulières que l'état atmosphérique imprime à la fièvre puerpérale, et qui permettaient ou s'opposaient à l'usage de ce moyen.

Cependant Hufeland, Osiander, Récamier, Cliet (de Lyon), en retiraient souvent de grands avantages. Désormeaux y eut recours pour la première fois en 1828; cet essai fut suivi d'avantages incontestables; mais, dans le courant de l'année suivante, il réussit quelquefois et échoua souvent. Ce ne fut qu'au commencement de décembre 1829, que la constitution médicale parut favoriser son emploi.

« Pendant près de deux mois que cette médication fut mise en usage, dit M. Tonnellé, toutes les malades ne guérirent pas, mais un grand nombre furent sauvées comme par enchantement; mais à la fin d'octobre les vomitifs perdirent leur influence. Désormeaux dut en suspendre l'usage jusqu'à ce que les conditions favorables à son emploi vinssent se présenter de nouveau. »

Épidémie de janvier 1836, observée à la Clinique d'accouchements de Paris.

L'épidémie de la fièvre puerpérale qui sévit à la Clinique d'accouchements en 1836 avait pour type particulier l'état inflammatoire; et cependant le traitement antiphlogistique, qui semblait le plus rationnel, eut si peu de succès qu'on put acquérir, encore dans cette circonstance, une nouvelle preuve qu'il y a dans cette affection un principe insaisissable qui échappe à l'analyse, et qui, modifié suivant les circonstances, constitue, à vrai dire, toute la maladie.

Comment, en effet, comprendre autrement le développement d'une affection qui revêt des caractères si différents, envahit tout à coup une contrée, un hôpital, sévit partout en même temps avec la même intensité, et disparaît sans qu'aucun changement appréciable ait été opéré dans les conditions où se trouvent les malades.

Aussi, s'il n'était pas constant qu'il n'existe pas de fièvres essentielles, et que toutes celles auxquelles on a donné ce nom ne sont que le symptôme d'une lésion des organes ou des liquides inappréciables à nos sens, je n'hésiterais pas à qualifier la fièvre puerpérale épidémique du nom de fièvre essentielle.

Étiologie. — On a considéré comme causes de la fièvre puerpérale les affections de diverse nature dont la femme peut être atteinte pendant sa grossesse, les écarts de régime auxquels elle se livre, l'abus des liquides spiritueux, l'épuisement produit par la misère,

les accouchements laborieux ou ceux qui ont nécessité des manœuvres longues et douloureuses. Certes, on ne peut s'empêcher de voir dans ces circonstances de fâcheuses prédispositions, mais les observations faites en 1836 ne permettent pas de leur donner une bien grande part dans la production de la maladie ; car on observa que l'épidémie attaquait presque aussi souvent les femmes qui s'étaient bien portées que celles qui avaient été malades, celles qui étaient accouchées spontanément que celles chez lesquelles des opérations douloureuses et longues avaient dû être pratiquées.

Quelques auteurs ont regardé la *suppression des lochies* comme une cause de la fièvre puerpérale. Aucune observation ne vint confirmer cette manière de voir, les lochies toujours se supprimèrent après l'invasion de la maladie, et l'on ne peut voir dans ce fait qu'un effet et non une cause. Il en est de même de la *sécrétion laiteuse*. En effet, presque toutes les malades furent atteintes avant l'établissement de cette sécrétion : aussi, s'il est rationnel de ne pas admettre, avec quelques auteurs du siècle dernier, que l'épanchement péritonéal est dû à une métastase du lait en nature, il ne serait pas exact aussi de rejeter complétement ce que peut avoir de vrai cette opinion. Sans admettre la présence du lait dans les épanchements du péritoine, il est bien certain que l'absence ou la suppression de la sécrétion laiteuse tourne au profit de celle du péritoine, et aussi il est constant que, si ce phénomène ne détermine pas la maladie, il l'aggrave.

Rien ne vint établir que la *constipation* ait pu être regardée comme une prédisposition, c'est une circonstance aggravante de la maladie ; aussi a-t-on toujours obtenu de bons effets de l'usage des laxatifs, surtout par suite de l'accroissement de la sécrétion intestinale.

La *diarrhée*, n'ayant apparu qu'après l'invasion de la maladie, ne peut encore être regardée que comme un effet de la maladie ; si, dans quelques cas rares, elle s'est manifestée avant tout autre symptôme, c'est la suite d'une interversion dans l'ordre habituel.

La *fétidité des lochies*. Dans cette épidémie, les lochies avaient pris un caractère de fétidité très-prononcé. M. P. Dubois regarda encore ce phénomène comme un effet et non comme une cause.

Les *affections morales*, les *imprudences*, les *écarts de régime*, qui ont une influence si directe dans la production de la métro-péritonite sporadique, n'ont été, dans l'épidémie qui nous occupe, que des circonstances aggravantes.

L'*abaissement de la température*, le *froid humide* auraient pu être invoqués, dans ce cas, comme causes de la maladie, si l'on ne voyait

pas l'épidémie sévir, avec autant d'intensité, dans les mois les plus chauds et les plus secs de l'année. En outre, d'après les relevés statistiques, on est forcé d'admettre que la mortalité est moindre sur les femmes en couches dans les climats du Nord que dans les climats méridionaux. Cependant, si le froid ne peut être regardé comme cause épidémique essentielle, il est cependant une circonstance déterminante et aggravante de la maladie : j'ai été souvent à même de le constater.

Altérations de l'air des hôpitaux et des salles. — Ces altérations échappent à l'analyse, et il est impossible d'apprécier aucune différence entre l'air des hôpitaux et celui de la ville ; et cependant les épidémies de fièvre puerpérale sont bien fréquentes et plus meurtrières dans les hôpitaux qu'en ville, surtout quand il y a encombrement. Mais les causes qui peuvent contribuer au développement et à la gravité de la maladie ne peuvent, en aucune manière, être regardées comme causes premières ; car l'épidémie exerce quelquefois ses ravages en ville avant qu'aucun cas se soit manifesté à l'hôpital.

Néanmoins, il est facile à comprendre, d'après les observations qui ont pu être faites dans les divers établissements destinés aux femmes en couches, que le seul moyen de modifier les effets désastreux de la fièvre puerpérale serait d'établir de petites maisons d'accouchement isolées, dont les salles, petites et aérées, ne contiendraient qu'un petit nombre de lits.

La Clinique d'accouchements de Paris remplit bien la plus grande partie de ces conditions. Ainsi, on a fait disposer de petites salles bien chauffées, bien aérées, et ne contenant que quatre lits. Mais toute cette sollicitude, à l'aide de laquelle M. P. Dubois cherchait à éloigner les moindres causes de mortalité, devait être neutralisée par les conditions mêmes dans lesquelles l'imprévoyance de l'administration avait fait édifier à grands frais cet hôpital modèle. Les bâtiments sont dominés de toutes parts par des habitations voisines beaucoup plus élevées, dont quelques-unes existaient avant la construction de l'hôpital, mais dont une partie a été édifiée sur un terrain que la ville de Paris vendit à cet effet, au lieu de le céder à la Faculté, de médecine qui y aurait fait construire un mur peu élevé, lequel aurait permis la libre circulation de l'air et l'établissement de jardins plus spacieux. Cet hôpital, érigé aux frais de l'État, est mur mitoyen avec les amphithéâtres de dissection, dont l'influence, quoiqu'elle soit moins manifeste pendant l'hiver, n'en continue pas moins à s'exercer, et qui en été exhalent quelquefois une odeur tellement infecte, que dans certaines heures on est obligé de fermer toutes les fenêtres qui donnent de ce côté.

Aussi il est bien certain que si le régime alimentaire était meilleur à la Maternité, que si les salles étaient mieux chauffées, que si le nombre des malades était moins considérable, la mortalité serait moins grande qu'à la Clinique, par suite de la différence immense entre la situation hygiénique des bâtiments. De même, si les deux hôpitaux étaient dans les mêmes conditions topographiques, il est hors de doute aussi que la Clinique, à cause de ses distributions intérieures du régime, et du nombre plus restreint de malades, du personnel sédentaire dont les soins sont si importants dans une maladie qui débute si brusquement et qui peut prendre un accroissement si rapide, personnel qui se compose d'une sage-femme en chef, la plus habile sans contredit de celles que possèdent les hôpitaux, madame Calle, et de sa sœur, donnerait les résultats les plus avantageux.

En 1729, à la Maternité, lors de cette épidémie si désastreuse qui moissonnait la plus grande partie des femmes, M. P. Dubois fit en dehors de la maison un petit établissement où l'on transportait toutes les nouvelles accouchées : deux seulement moururent sur soixante, quoique l'épidémie continuât à exercer ses ravages dans le reste de l'établissement.

Cet heureux effet obtenu dépend-il seulement de ce que les nouvelles conditions dans lesquelles les malades se trouvaient placées étaient plus favorables, et de ce qu'elles étaient soustraites au foyer d'infection dont l'hôpital était le centre ? Cela ne paraît pas faire doute ; mais peut-on admettre que cet heureux résultat fut obtenu parce qu'elles furent ainsi soustraites à la contagion même déterminée par le contact des malades entre elles, et par le voisinage de celles qui avaient succombé ?

L'expérience que je rapporte viendrait infirmer l'opinion des médecins contagionistes. En effet, les mêmes gardes, les mêmes sages-femmes, les mêmes médecins firent le service du grand établissement et de celui qu'on y avait annexé.

Cependant quelques auteurs persistent à croire que la maladie peut être transmise par les vêtements, les objets de literie, les gardes et les médecins eux-mêmes. J'avoue que si l'action de la contagion n'est pas prouvée, elle est au moins douteuse : aussi je crois qu'il est, dans le doute, extrêmement sage de chercher à la prévenir. Telle est, au reste, la conduite suivie à l'hôpital des Cliniques, d'après l'ordre de M. P. Dubois : dès qu'une femme est gravement malade, elle est isolée, autant que possible, des autres ; si elle vient à succomber, tous les objets de literie sont épurés convenablement, les rideaux changés, la salle aérée, ventilée pendant quelques jours, lavée avec soin avant d'y replacer d'autres femmes.

Ceux qui ont pu étudier des épidémies de fièvres puerpérales seront convaincus qu'il s'en faut que ces précautions soient inutiles. Que de fois n'ai-je pas vu, avant que ces soins minutieux soient pris, le même lit être fatal à plusieurs femmes de suite, pendant que les trois autres femmes couchées dans la même salle n'éprouvaient aucun accident! Doit-on voir là simplement l'effet d'une coïncidence? Que doit-on penser aussi des faits suivants rapportés par M. P. Dubois, et consignés dans l'excellent mémoire de M. Voillemier [1].

Une jeune sage-femme de la Maternité, qui n'était pas enceinte, mourut au milieu d'une épidémie désastreuse, présentant tous les symptômes et tous les caractères anatomiques de la fièvre puerpérale ; et l'élève qui remplissait les fonctions d'interne à la même époque, appelé en ville auprès d'une femme en travail au moment où il venait de terminer l'autopsie d'une femme morte à la Maternité, vit la nouvelle accouchée prise des symptômes de la fièvre puerpérale à laquelle elle succomba rapidement.

M. Moreau lui-même, chargé des soins à donner aux femmes après qu'elles sont accouchées, d'après les opinions que je lui ai entendu professer, est aussi dans une espèce d'incertitude, et il ne serait pas éloigné de penser que les accidents qui se manifestent dans la ville en même temps qu'à l'hôpital ne puissent reconnaître aussi bien pour cause la contagion transmise au dehors par les médecins que l'influence épidémique.

J'ai pu par moi-même constater aussi le même fait. Il était rare, quand une épidémie sévissait à la Clinique, que je n'aie pas eu en ville quelques malades. Depuis que j'ai cessé mes fonctions, je n'ai rencontré, dans ma clientèle, que deux cas de métro-péritonite sporadique qui se sont terminés favorablement, et dont la cause déterminante, étrangère à l'influence épidémique, a pu être facilement appréciée, du moins pour l'un des deux.

Ce qu'il y a de certain, c'est que des accoucheurs étrangers aux hôpitaux, qui depuis longues années ont fait un très-grand nombre d'accouchements, n'ont jamais rencontré la fièvre puerpérale.

On a signalé à l'Académie de médecine de Paris un fait qui viendrait confirmer cette opinion. M. le docteur Semmeliveis, accoucheur en second de la première Clinique obstétricale de Vienne, est parvenu à faire diminuer, d'une manière surprenante la mortalité qui régnait dans son service, en faisant laver avec de l'eau chlorurée

[1] *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année* 1838 (*Journal des conn. médico-chirurg.* Paris, 1840).

les mains des élèves qui venaient de toucher une femme malade, avant qu'ils en approchassent une autre [1].

Depuis que cette observation a été faite, je n'ai jamais manqué d'user de cette précaution pour moi-même, dans les cas où je suis appelé en consultation pour des cas de ce genre, et je m'en suis toujours bien trouvé.

Certes, de tous ces faits, on ne peut tirer comme conclusion rigoureuse que la maladie est contagieuse, et cependant ils n'autorisent pas à rejeter tout à fait la contagion.

Marche. — La maladie débuta le plus ordinairement entre la vingt-quatrième, la quarante-huitième ou la soixante-douzième heure.

Elle fut presque toujours signalée par un frisson d'invasion; la douleur commençait par les fosses iliaques ou dans l'hypogastre, et cette douleur s'étendait rapidement à tout le ventre; la toux, la pression, le vomissement, la respiration même, augmentaient excessivement cette douleur; quelquefois la douleur cessait un jour avant la mort, plutôt parce que la faculté de percevoir était perdue, que parce que le mal avait disparu : ce phénomène annonçait une mort prochaine. Toutes les malades n'étaient pas tourmentées par des douleurs de reins; mais celles chez lesquelles ce phénomène se manifesta moururent plus rapidement.

Le pouls était très-fréquent, dépressible, s'éteignant presque complétement sous le doigt; rarement il était au-dessus de cent vingt, et il monta jusqu'à cent cinquante : une seule malade en donna cent soixante.

La face était profondément altérée.

La sécrétion des lochies se supprima chez quelques femmes, continua chez d'autres, quelquefois ne fit que diminuer.

Souvent l'invasion de la fièvre de lait coïncida avec celle de la fièvre puerpérale, quelquefois elle se continua ou se supprima; le plus souvent elle manqua dès le principe.

La langue était dans le début blanche, humide, rouge sur les bords.

La diarrhée a été un phénomène constant observé un des premiers, qui au début a toujours été grave, mais favorable au déclin de la maladie.

Les urines se tarissaient chez quelques-unes; chez d'autres elles se coloraient fortement.

Les malades n'eurent pas, en général, de délire; les facultés intel-

[1] *Annales d'hygiène publique*, 1851, t. XLV, p. 281.

lectuelles se sont conservées jusqu'au dernier moment. Une seule a eu un délire furieux ; deux ont présenté un délire fugace.

Avant le deuxième jour, le développement du ventre n'était dû qu'à du météorisme ; dès cette époque l'épanchement commençait à se former ; souvent il l'était déjà dès les premières vingt-quatre heures.

La dyspnée était extrême ; ni la fréquence du pouls, ni la douleur produite par les inspirations, ni l'épanchement du liquide, ne suffisaient pour expliquer la gêne excessive de la respiration. M. P. Dubois l'attribua à un état nerveux particulier. En effet, on voit chaque jour des épanchements énormes ne pas déterminer une suffocation aussi prononcée.

Presque toutes les malades eurent des vomissements d'abord jaunes, puis verdâtres, quelquefois noirs.

Presque toutes aussi succombèrent après un refroidissement complet : sur seize malades, quinze périrent.

Traitement. — Le caractère inflammatoire que semblait affecter la maladie fit espérer que le traitement antiphlogistique énergique donnerait des résultats avantageux. Aussi M. P. Dubois prescrivait-il dès le début une saignée du bras, d'une livre, pratiquée par une large ouverture ; puis immédiatement il faisait appliquer de trente à quarante sangsues dans les fosses iliaques et à l'hypogastre ; des injections vaginales chaudes étaient prescrites ; des cataplasmes renouvelés souvent, et la malade prenait 15 grammes d'huile de ricin, et le soir 30 grammes de sirop diacode dans une potion.

Tous ces moyens étaient employés dans la première période, c'est-à-dire dans les premières vingt-quatre heures.

Si après ce temps la maladie n'était que suspendue, M. P. Dubois, si le pouls le permettait, si la douleur était vive, revenait aux sangsues, rarement à la saignée, qui encore devait être très-petite ; mais surtout il cherchait à s'opposer à l'effusion abdominale en augmentant la sécrétion intestinale, et il administrait dans ce but le calomel par prises de 25 centigrammes, continué jusqu'à salivation légère.

Enfin, quand, ces moyens ayant été sans effet, le météorisme était considérable, la fluctuation manifeste, le pouls petit, fréquent, dépressible, la face profondément altérée, la malade tourmentée par des vomissements fréquents, le camphre était administré en lavements, associé au sulfate de quinine (1 gramme de chaque). On employait les rubéfiants aux jambes et aux cuisses, et à l'intérieur la décoction de quinquina, le bouillon, l'eau vineuse, l'eau de Seltz.

L'examen cadavérique fut loin de jeter quelque jour sur la nature et le traitement de cette terrible affection ; on a cherché en vain à constater, sur le même organe, une lésion toujours la même ; celles du péritoine étaient cependant les plus constantes. Ainsi, cette cavité était toujours distendue par une quantité considérable de liquide trouble, blanc jaunâtre, dans lequel nageaient quelques flocons de matière concrète de même couleur. On n'eut pas une seule fois l'occasion de constater la présence du pus dans les vaisseaux, quoiqu'on en trouvât souvent une assez grande quantité épanchée dans le péritoine, dans les ligaments larges, et réuni en petits foyers dans le tissu même de l'utérus.

Cette absence de pus dans les lymphatiques et dans les veines ne vient pas infirmer les beaux travaux de Dance et de Tonnellé sur la phlébite utérine, mais elle montre combien sont variables les altérations que l'on trouve dans les diverses épidémies de la fièvre puerpérale ; car M. Tonnellé, au contraire, rencontra presque toujours ces altérations dans l'épidémie dont il nous a donné la relation. Et, en 1839, dans deux épidémies qui se manifestèrent pendant mon séjour à la Clinique, j'ai pu observer, avec M. Landouzy, un cas qui se rattachait évidemment à ceux observés par M. Dance et M. Tonnellé : du pus fut trouvé dans le canal thoracique et dans les veines utérines. Quelquefois aussi nous avons rencontré ce ramollissement de l'utérus appelé putrescence; mais le plus ordinairement l'utérus était consistant, ses parois étaient à l'état sain, et du sang coulait encore des vaisseaux incisés.

Enfin, chez une femme qui avait présenté, pendant la maladie, tous les symptômes de la fièvre puerpérale la plus intense et la plus rapide, à l'autopsie, faite avec le plus grand soin par M. Landouzy, on ne trouva aucune lésion qui pût expliquer la mort. Tous les organes avaient été examinés, les muscles incisés, les articulations ouvertes, et l'on n'avait rencontré ni épanchement, ni abcès métastatiques, enfin, aucune des altérations que l'autopsie révèle en pareil cas. Cette femme s'appelait Boncelot, elle était accouchée le 27 juin 1839. A diverses phases de ces épidémies de 1839, la constitution saburrale parut prédominer ; aussi M. P. Dubois fit-il usage de l'ipécacuanha (1 gramme en deux verres d'eau tiède), mais sans succès, et les frictions mercurielles, employées dans la troisième période, échouèrent aussi complétement.

Épidémie de janvier 1838.

L'épidémie qui se manifesta à la Clinique en 1838, et qui fut si

bien observée et décrite par M. Voillemier [1], alors interne du service d'accouchement, permet aussi de constater à peu près les mêmes altérations. Une analyse, malheureusement trop succincte, du mémoire remarquable publié par M. Voillemier, servira de complément au faible aperçu que je viens de donner sur cette maladie si digne d'intérêt, et dont la nature et le traitement sont malheureusement si obscurs.

L'épidémie que M. Voillemier put observer en 1838 affecta deux formes bien tranchées : la forme inflammatoire et la forme typhïode.

Dans la première, frisson intense et de durée variable, mais moins prolongé que dans la seconde ; quelques instants après, douleur vive, mais limitée dans la région hypogastrique ; tantôt elle existait dans une fosse iliaque, tantôt dans l'autre.

Réaction générale, le pouls petit pendant le frisson, battait à cent dix, cent vingt, cent trente pulsations par minute ; la peau, d'abord pâle, se colorait et devenait brûlante ; puis survenait une céphalalgie frontale, souvent très-intense, accompagnée d'une accélération notable dans la respiration. Cette première période se terminait par un abattement extrême des forces : il n'y avait encore ni diarrhée, ni météorisme, ni vomissements. Une saignée, trente sangsues sur l'abdomen, une potion purgative suffisaient, dans les cas les moins graves, à enrayer les accidents. Cette nature inflammatoire ne se révélait pas toujours d'une manière aussi tranchée ; il fallait épier avec soin chaque symptôme, faire la part de la constitution du sujet, de l'influence épidémique, et la rechercher là où elle aurait semblé, au premier coup d'œil, ne pouvoir exister. Ainsi, chez certaines femmes qui, après un frisson de plus d'une demi-heure, avaient l'air profondément abattu, avec le visage pâle, le pouls rapide et concentré, on voyait, sous l'influence d'une première saignée, le pouls se relever, la peau se couvrir d'une sueur abondante, une céphalalgie très-forte survenir, et l'on était obligé de recourir aux émissions sanguines, que l'on n'avait employées une première fois qu'en tremblant. Cette forme cédait ordinairement assez vite au traitement antiphlogistique ; elle eut quelquefois une terminaison funeste, mais elle était loin de présenter la même gravité que la forme suivante :

Forme typhoïde. — Cette forme, rapide dans son développement comme dans son invasion, effrayante par le nombre et l'intensité de ses symptômes, résistant à tout moyen thérapeutique, et marchant le plus souvent vers une terminaison funeste, débutait par un fris-

[1] *Histoire de la fièvre puerpérale* (*Journal des conn. médico-chirurg.* Paris, 1840).

son plus ou moins rapproché de l'accouchement; presque toujours ce frisson se prolongeait longtemps, malgré tous les moyens employés pour réchauffer les femmes. La douleur s'éveillait en même temps que le frisson, et s'étendait à tout l'abdomen et aux reins; elle était si vive que les malades ne pouvaient supporter les cataplasmes et le poids des couvertures. Le météorisme se manifestait en même temps; le pouls battait quelquefois 140 pulsations par minute, souvent il était impossible de les compter : la respiration était accélérée, l'anxiété extrême, les yeux sans expression; la face pâlie, profondément altérée, était couverte d'une sueur visqueuse abondante; puis survenaient une diarrhée fétide abondante, qui épuisait rapidement la constitution, des vomissements de matière verte que rien ne pouvait arrêter, et les malades succombaient dans l'espace de quelques jours, de quelques heures même, conservant malheureusement toute leur intelligence.

Sur vingt-quatre autopsies, la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques et l'inflammation des veines ne se rencontrèrent que deux fois, encore la lymphite était-elle peu étendue. Dans tous les autres cas, on a trouvé du pus infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et dans celui du bassin.

L'utérus a été trouvé le plus souvent exempt de toute lésion, seulement son volume était plus considérable que celui qu'il devait avoir, et sa surface interne recouverte d'un enduit sanieux rougeâtre, souvent extrêmement fétide; mais rarement son tissu était ramolli. Quelquefois il contenait du pus, réuni par petits foyers, de la grosseur d'un pois, et qui paraissaient contenus dans une espèce de petit kyste fermé de toutes parts.

L'inflammation des veines ne se montra que trois fois et ne s'étendait pas plus loin que l'hypogastrique. Six fois on a constaté que le péritoine était exempt de toute altération.

Quant à la quantité de liquide contenu dans le péritoine, tantôt elle égalait à peine un verre, tantôt elle égalait trois litres. Une fois M. Voillemier trouva le liquide coloré par du sang; dans le plus grand nombre des cas, l'épanchement était de nature purulente.

Enfin, une seule fois on trouva une perforation de l'estomac, accident qui avait déjà été observé par Chaussier, M. Tonnellé et M. P. Dubois.

Une fois le pus a été trouvé dans les articulations huméro-cubitale et radio-carpienne, six fois dans la plèvre, et jamais dans les poumons.

Le traitement employé lors de cette épidémie ne diffère pas de celui mis en usage dans les précédentes; seulement les bains ne

parurent pas d'une grande efficacité : souvent ils parurent aggraver les symptômes. Il n'en fut pas de même des injections, qui furent constamment suivies du meilleur effet.

Quant aux préparations mercurielles, M. P. Dubois ne les employait que dans le courant de la seconde période; et, malgré le petit nombre de femmes chez lesquelles le mercure fut employé, il en est deux qui, cependant, ont paru devoir la vie à ce moyen. Il était administré en friction sur l'abdomen et les cuisses, à la dose de 60 grammes par jour.

La fièvre puerpérale a été depuis souvent observée, en particulier par les internes de la Maternité de Paris : nous citerons les thèses présentées pour le doctorat par MM. Paul Lorain[1], Charrier[2], et Steph. Tarnier[3] qui était interne du service de M. Béhier, au moment de l'effroyable épidémie de 1856 : placé dans les seules circonstances favorables pour se former une juste idée de la gravité d'une si terrible maladie, il a pu recueillir un grand nombre d'observations qui servent de base à son travail.

§ 11. — Phlegmatia alba dolens (œdème des nouvelles accouchées).

On a désigné sous ce nom le gonflement aigu et douloureux des membres abdominaux, dont les femmes sont atteintes quelquefois à la suite de couches.

MM. Bouillaud, Velpeau, Robert Lee, etc., regardent la *phlegmatia alba dolens* comme le résultat d'une phlébite.

M. Bouchut, qui a publié sur ce sujet un travail fort curieux[4], ne partage pas cette opinion, et attribue cette maladie à l'oblitération spontanée des veines, survenant à l'occasion d'un ralentissement de circulation, sous l'influence d'un excès relatif de la quantité de fibrine, et il regarde le gonflement et la rougeur des ganglions comme symptomatiques de cette affection.

Causes. — La pression exercée sur les parties molles, par l'utérus en état de grossesse, mais surtout l'influence du froid, et du froid humide principalement, doivent être regardées comme les causes premières de cette affection. M. Bouchut explique ainsi comment le

[1] *La fièvre puerpérale, chez les femmes, le fœtus et le nouveau-né.* Paris, 1855, in-4, de 204 pages.

[2] *La fièvre puerpérale, épidémie observée en* 1854 *à la Maternité de Paris.* Paris, 1855, in-4.

[3] *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches.* Paris, 1857, in-4. — *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité.* Paris, 1858, in-8.

[4] *Mémoire sur la phlegmatia alba dolens* (*Gazette médicale,* Paris, 1844, p. 289).

temps des couches est le plus favorable au développement de cette affection. « La quantité de fibrine du sang, dit-il, n'est pas plus considérable qu'elle ne doit l'être, absolument parlant ; mais elle est en excès relativement aux autres matériaux du sang. De là naît une tendance extrême à la formation de la couenne sur le caillot de la saignée, et à la coagulation rapide du sang dans les vaisseaux, si la course est ralentie, entravée par quelques-unes des causes citées plus haut. »

Anatomie pathologique. — Les veines malades sont fortement distendues et remplies par du sang coagulé ; elles forment des cordons durs et noueux, avec des renflements volumineux aux principaux confluents des veines et au niveau des valvules. M. Bouchut a presque toujours trouvé les parois des veines saines, la tunique interne lisse et ne présentant point de rougeur ni d'injection des capillaires, point d'épaississement, de friabilité et d'ulcération, mais des adhérences avec les caillots renfermés dans son intérieur.

Pendant que ces altérations se constituent, une circulation collatérale s'établit. Ces phénomènes sont très-variables et sont modifiés par le siége anatomique de l'oblitération.

Dans la double *phlegmatia* des membranes, par exemple, l'oblitération s'élève presque toujours jusqu'à la veine cave ; alors le retour du sang ne peut s'effectuer qu'à l'aide des veines superficielles des membres. Ces vaisseaux dilatés se dégorgent dans les veines superficielles du ventre, du thorax, et par leur communication avec les intercostales, vont se jeter dans la veine azygos. M. Bouchut a vu, dans un de ces cas, la veine azygos aussi développée que la veine cave.

Quand l'affection a envahi les veines superficielles en même temps que les veines profondes, c'est par les capillaires que s'établit cette circulation collatérale; ces vaisseaux amplifiés se dessinent alors à la surface du membre; la peau est livide, cyanosée ; on voit dans son épaisseur le réseau des capillaires dilaté.

Marche. — Le début de la *phlegmatia alba dolens* a lieu du cinquième au quinzième jour des couches. Tantôt les symptômes de la maladie sont précédés de symptômes généraux, tantôt les syptômes locaux apparaissent les premiers. Ainsi, les malades sont prises d'une fièvre, sans qu'on puisse s'en expliquer la cause; puis, au bout de quelques jours, le gonflement des extrémités inférieures apparaît. D'autres fois, le gonflement est précédé de frissons violents, qui se reproduisent plusieurs fois. Quelquefois à ces symptômes se joint une métro-péritonite sporadique plus ou moins grave ; mais le plus souvent la *phlegmatia* se manifeste seule et sans autres symptômes précurseurs bien apparents. La maladie apparaît tout à coup sur

l'un des membres. La douleur suit en général une marche ascendante ; d'abord circonscrite au bas de la jambe, elle se propage petit à petit jusqu'à l'aine, à la fesse même.

Quelquefois aussi l'affection ne se manifeste pas à la cuisse, tandis qu'elle se montre aux deux extrémités opposées du membre, le bas de la jambe et le pli de l'aine.

Tantôt la douleur se manifeste comme un simple engourdissement, une sorte de crampe; tantôt ce sont des élancements excessivement douloureux, qui arrachent des cris à la malade. Cette douleur suit exactement le trajet des vaisseaux qui se dessinent sous l'apparence d'un cordon noueux très-douloureux à la pression. La température du membre est augmentée.

La terminaison de cette maladie est ordinairement favorable. Cependant, on l'a vue donner lieu à des accidents mortels.

La résolution de cet engorgement est, en général, accompagnée d'un développement des veines superficielles du membre affecté, qui résulte de l'établissement de la circulation collatérale, qu'il faut tendre autant que possible à favoriser.

Cette affection peut aussi se terminer favorablement après la formation de foyers purulents apparus sur plusieurs points du membre malade.

La terminaison funeste peut être déterminée par les abcès multiples, par la résorption purulente ou la gangrène.

Traitement. — La saignée générale, d'après les expériences de M. le professeur Trousseau, ne produit pas les bons effets qu'on lui attribue en général; il n'en est pas de même des applications de sangsues aux aines, répétées tant que la douleur existera.

Les applications topiques, surtout les topiques narcotiques dans les cas de douleur excessive, la décoction de jusquiame ou des feuilles de belladone, enfin les cataplasmes émollients, les bains chauds, pour hâter l'établissement de la circulation capillaire. On se gardera bien, surtout à cette époque de la maladie, de se servir du bandage roulé, dont l'usage nuirait à l'établissement de la circulation collatérale. Ce moyen n'aurait quelque utilité qu'à la fin de la maladie, lorsqu'il ne reste plus qu'un peu d'œdème.

Il est indispensable, dans les oblitérations veineuses spontanées qui se déclarent à la suite des couches, d'établir sur le tube digestif une dérivation active, à l'aide de la pulpe de tamarin, et des eaux purgatives naturelles, de l'huile de ricin, du calomel. C'est un moyen de prévenir ces suppurations considérables qui apparaissent souvent dans l'état puerpéral; le traitement dérivatif a pour but de prévenir

ces accidents. Dans tous les cas, la malade devra faire usage de boissons délayantes ou diurétiques.

CHAPITRE II

MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Les taches de naissance.

Ces plaques colorées en brun, jaune, rouge, bleu ou noir, que l'on remarque sur la surface de la peau, et qui se rapprochent de l'apparence de certains objets ou de certains fruits, sont considérées encore tous les jours par le vulgaire comme l'effet des diverses impressions éprouvées par la mère pendant sa grossesse. Elles ont une étendue et des formes variables, et sont le résultat d'une altération qui a eu pour siége ou le corps muqueux de la peau, ou son réseau vasculaire. Elles restent stationnaires après la naissance, ne présentent en elles aucun travail morbide et ne demandent l'emploi d'aucun moyen propre à les faire disparaître, ce qui serait, au contraire, dangereux.

Fongus hématoïde.

Il n'en est pas de même des taches vasculaires, rougeâtres, plus ou moins saillantes, aplaties, pédiculées qui, causées et entretenues par une dilatation anévrismatique des petits vaisseaux sous-cutanés, peuvent, après la naissance, devenir le siége d'une congestion, d'une nutrition plus forte, s'élargir, s'ulcérer et donner lieu à des hémorrhagies mortelles. Il faut respecter ces tumeurs dans les premiers mois, même dans les premières années de la vie, à cause de l'érysipèle qui peut survenir à la suite des opérations pratiquées pour les faire disparaître. Ce n'est que pour parer à un danger immédiat qu'il faut agir. On a conseillé, dans le cas où des accidents sembleraient se développer, les applications réfrigérantes et astringentes, la compression, l'extirpation par instrument tranchant de la tache vasculaire, sa ligature au moyen d'un fil double qui l'étreint entre ses deux anses, ou la ligature de l'artère principale qui fournit les vaisseaux variqueux.

Ecchymoses et meurtrissures.

La plupart des ecchymoses et des meurtrissures que l'on remarque

sur le corps des enfants nouveau-nés sont sans importance et résultent, le plus ordinairement, des pressions éprouvées pendant un accouchement difficile ou à la suite de manœuvres obstétricales nécessaires. La position déclive et la compression de la partie ecchymosée peuvent les produire aussi. Du reste, la résolution de ces ecchymoses se fait presque toujours spontanément, et elle ne demande à être favorisée par quelques applications résolutives que lorsque la tuméfaction des téguments est trop considérable. Il faut se rappeler seulement que les meurtrissures peuvent donner lieu à une inflammation érysipélateuse, et que, sous ce rapport, elles méritent toute l'attention du médecin.

Tumeurs sanguines.

Fort souvent, les parties de l'enfant qui sont restées le plus longtemps exposées au vide du bassin sont le siége d'une sorte d'épanchement séro-sanguin qui, par, conséquent, occupe plus spécialement le crâne, la face, le siége, l'épaule, les genoux, suivant la présentation, et est formé, soit par du sang épanché, soit par de la sérosité sanguinolente. La tumeur peut être diffuse ou circonscrite, dure, élastique ou molle et fluctuante; ordinairement elle se résout toute seule au bout de quelques jours, mais d'autres fois aussi, quoique cela soit fort rare, les fluides épanchés, au lieu d'être résorbés, donnent lieu à un abcès avec dénudation des parties sous-jacentes. Les tumeurs sanguines du crâne sont donc beaucoup plus importantes à étudier à cette région où leur fréquence s'explique par celle des présentations du vertex.

Cette tumeur est située entre les téguments crâniens et l'aponévrose sous-jacente (c'est le *caput succedaneum*, la tumeur sanguine externe du crâne).

Céphalœmatome. — Une autre variété importante, décrite sous le nom de *céphalœmatome*, consiste en un épanchement sanguin ayant son siége entre les os et le péricrâne. Ici la tumeur est moins saillante, plus étalée, plus résistante que dans le cas précédent, la fluctuation y est moins sensible, et si l'on appuie le doigt dessus, il produit un léger enfoncement qui subsiste plus ou moins longtemps. Pendant les premiers jours qui suivent la naissance, la tumeur augmente en élévation, se remplit et se tend davantage, puis reste stationnaire pendant quinze ou vingt jours, au bout desquels son volume diminue peu à peu; car ordinairement la guérison a lieu sans le secours de l'art, et chaque fois surtout que le tissu sous-péricrânien lui-même n'est pas soulevé, la résorption se fait avec facilité. On remarque alors que la tumeur commence à résister davantage à la

pression ; le doigt qui la déprime sent un craquement semblable à celui que produirait du parchemin séché. A mesure qu'elle se durcit, elle diminue aussi d'élévation, s'aplatit, se déprime vers le milieu, et l'on sent à son pourtour un bourrelet dur et osseux. On rencontre plus particulièrement le céphalæmatome sur l'os pariétal, et beaucoup plus souvent sur le droit que sur le gauche (à cause de la fréquence de la première position de la tête), quelquefois aussi sur les deux en même temps ; suivant M. Otterbourg il peut se produire sur un autre os du crâne. La base de la tumeur ne dépasse pas les sutures, et le sang qu'elle contient est extravasé entre le péricrâne et lui-même. Cet épanchement, ordinairement sans danger, peut aussi, quoique rarement, donner lieu à une nécrose ou à une carie de l'os qui, par la suite, altère la dure-mère et cause la mort du sujet.

La cause du céphalæmatome admise le plus généralement diffère de celles des tumeurs précédentes, en ce que la compression latérale et violente exercée par les parois du bassin sur les téguments et les os du crâne, après avoir produit un chevauchement extrême des pariétaux, détermine une fissure de leur substance et, par suite, un épanchement plus ou moins considérable de liquides, favorisé encore par la position déclive des parties exposées au vide du bassin.

M. le docteur Otterbourg a été conduit à penser, après un certain nombre d'observations qu'il a pu faire, et par celles qui émanent de Nægelé et de M. Chelius d'Heidelberg, ses maîtres, que le céphalæmatome dépend d'un arrêt de développement des os et préexiste à la naissance. Nægelé, Burchard, etc., ont constaté la présence de ces tumeurs sur des fœtus morts dans le sein maternel avant leur expulsion.

Ces tumeurs, abandonnées à elles-mêmes, et mieux encore aidées par quelques résolutifs, diminuent et disparaissent presque complétement au bout de quelques semaines. M. Otterbourg a retiré de grands avantages de la pommade à l'hydriodate de potasse (4 grammes pour 30 grammes d'axonge), employée deux ou trois fois par jour en petites frictions. Quand la résolution ne marchait pas assez vite, il employait conjointement matin et soir une compresse imbibée de teinture d'iode, qu'une fois placée il laissait sécher sur la tumeur. Dans tous les cas soumis à son observation, tant à la clinique d'Heidelberg qu'à Paris, le bistouri a été inutile. Si cependant, au bout de vingt-cinq ou trente jours, la fluctuation était évidente, la tumeur très-molle ; si, outre cela, l'enfant présentait quelques symptômes d'une affection cérébrale, ce serait un signe que l'épanchement de liquide n'aurait pu être résorbé et que la maladie aurait atteint l'os

et pénétré jusqu'aux enveloppes du cerveau. Alors il serait nécessaire de pratiquer une incision sur la tumeur, afin de donner issue au fluide épanché, et d'éviter les accidents consécutifs. On a observé, du reste, qu'à la suite de l'incision, le céphalæmatome guérissait plus rapidement.

Enfin, la troisième espèce de tumeur sanguine du crâne est plus profonde et a son siége ou dans le diploé des pariétaux, ou entre ses os et la dure-mère. Celle-ci est donc plus à craindre que les autres, puisqu'elle avoisine davantage la surface du cerveau. Sa résolution, cependant, peut s'opérer spontanément, sans donner lieu à de graves accidents. L'iode sera ici encore indiqué ; mais on ne peut, comme on le pense bien, user de l'incision.

Enfoncement et fracture des os du crâne.

L'enfoncement du frontal ou du pariétal a quelquefois lieu chez les enfants naissants, par l'effet d'un travail difficile et prolongé, qui a nécessité l'application du forceps, ou par suite de la compression du crâne contre l'angle sacro-vertébral trop saillant. Cette dernière cause paraît même être plus fréquente que la première, et est plus propre à déterminer la fracture des os. La disposition réniforme du bassin, la résistance trop grande des parties osseuses, le volume considérable de la tête de l'enfant, doivent faire craindre cette lésion, dont les principales conséquences sont l'assoupissement, les convulsions, et souvent la mort lorsqu'il y a épanchement.

L'enfoncement a ordinairement son siége sur les frontaux ou sur les pariétaux, et se reconnaît à une dépression très-sensible sous le doigt et généralement large et peu profonde.

Il peut avoir lieu avec ou sans fracture ; dans l'un et l'autre cas, les accidents sont les mêmes que ceux qui ont été décrits plus haut. Ceux-ci peuvent se présenter aussi lorsque la tête, ayant été obligée de traverser un bassin étroit et les os ayant chevauché fortement l'un sur l'autre, sans qu'il y ait eu ni enfoncement, ni fracture, sont restés, après la naissance, dans la même situation.

La forte compression exercée sur le cerveau, en refoulant ses fibres dans un sens opposé à leur direction, suivant M. Radfort, et en gênant la circulation du sinus longitudinal, empêche la respiration et la circulation générale de s'établir d'une manière régulière et produit quelquefois un ramollissement de l'organe et un épanchement de sang qui peuvent devenir mortels.

Il n'y a aucun remède particulier à appliquer à ces différentes lésions, que la nature se charge le plus ordinairement de guérir. Seulement, lorsqu'il paraît exister un épanchement au cerveau et de la

gêne dans la circulation, il faut, en se hâtant de couper le cordon ombilical, déterminer une évacuation sanguine par ses vaisseaux béants. M. Lizé, chirurgien de la Maternité au Mans, a cité un exemple de fractures du crâne à la suite d'un accouchement spontané [1].

Paralysie du nerf facial.

Il arrive quelquefois que les branches du forceps, par la forte compression qu'elles exercent sur les parties latérales de la tête et sur l'origine du nerf facial, déterminent une paralysie momentanée d'une partie des muscles de la face. On voit, en effet, lorsque l'enfant crie, les traits se contracter seulement d'un côté et rester immobiles de l'autre, ainsi que la paupière du côté comprimé. Cet état n'a rien qui doive inquiéter : on voit, au bout de quelques jours, les muscles reprendre leur action et les traits leur mobilité ; si cependant ce retour à l'état normal se faisait trop attendre, on pourrait frictionner légèrement le trajet du nerf facial avec une flanelle douce et de l'alcool camphré affaibli.

J'ai souvent observé cette affection passagère à la suite d'applications du forceps. M. Landouzy en a rapporté aussi [2] plusieurs cas observés à la Clinique [3].

Exophthalmie.

Il s'agit ici d'un fait heureusement bien rare, produit par un épanchement sanguin, deux heures après la naissance, à la suite d'une application de forceps [4] : on peut en tirer cependant une utile leçon.

Une femme de trente-un ans avait déjà eu cinq couches antérieures, toutes terminées par le forceps, toutes ayant amené des enfants morts. Il y avait chez elle un rétrécissement notable du détroit antéro-postérieur. M. Redemans, appelé pour un sixième accouchement, jugea que les premiers enfants avaient succombé parce qu'on les avait laissés trop longtemps au passage, et se proposa d'agir aussitôt que la dilatation du col le permettrait. Il appliqua donc le forceps de bonne heure, et eut la joie d'extraire un enfant vivant, bien constitué, et dans un état très-satisfaisant.

Mais deux heures après l'accouchement, on le rappela en toute hâte; l'œil droit de l'enfant était *sorti de l'orbite*. Cet œil conservait ses mouvements, ses muscles étaient fortement tendus, et les pau-

[1] *Union médicale*, 14 février 1860.

[2] *Essai sur l'Hémiplégie faciale chez les enfants nouveau-nés*. Paris (*Thèse*), 1839, in-4.

[3] Voir la thèse de M. Vernois, 1837.

[4] *Revue médico-chirurgicale de Paris*, février 1847.

pières paraissaient s'enfoncer dans la cavité orbitaire pour se prêter à la tension de la conjonctive, qui était largement mise à découvert et offrait des traces très-prononcées d'infiltration sanguine. Il y avait également infiltration de l'œil et de la paupière du côté opposé, mais à un degré beaucoup moindre.

« J'essayai par la pression, dit l'auteur, au moyen des doigts, de faire rentrer le globe oculaire, mais il me fut impossible d'y parvenir. Espérant alors rencontrer une poche sanguine, laquelle étant vidée me permettrait de faire rentrer l'organe dans sa cavité, je fis une petite ponction exploratrice au moyen de la lancette, à travers la conjonctive, à côté du globe oculaire, entre les muscles droit externe et oblique de l'œil; mais je n'obtins pour résultat qu'un léger suintement, insuffisant pour permettre la rentrée de l'œil. Me proposant de revoir l'enfant quelques heures plus tard, j'établis une légère compression sur l'œil, et je demandai à mes confrères, MM. Pigeolet et Thys, d'assister à ma seconde visite, afin d'avoir leur opinion sur cette affection. D'accord sur la cause et le diagnostic, reconnaissant un épanchement par diffusion, nous essayâmes, au moyen d'une bandelette mouillée, la compression du globe oculaire et de sa muqueuse tuméfiée; mais malgré la diminution de volume produite de cette manière, l'infiltration des parties sous-jacentes ne permit pas la rentrée de l'œil; alors nous fûmes d'avis de placer quelques compresses graduées, humectées d'eau de pluie, sur l'œil, et de les y maintenir par un bandage circulaire du crâne. Ces dispositions ne furent suivies d'aucun résultat favorable, le gonflement se maintint malgré la compression; bientôt la cornée perdit sa transparence, la muqueuse de l'œil s'enflamma, fournit une certaine quantité de suppuration; la cornée s'ulcéra et livra passage aux divers liquides contenus dans l'organe visuel. Alors seulement la masse s'affaissa, et les paupières reprirent leur position normale pour recouvrir le moignon. Nous jugeâmes également à propos, le premier jour, de comprendre, mais plus légèrement, l'œil gauche dans le bandage, craignant l'augmentation de l'infiltration et un résultat semblable de ce côté; à la levée du premier appareil, cet œil se trouvait dans le même état, qui se maintint quelques jours, et se modifia peu à peu de manière à ramener, au bout d'un certain temps, des dispositions complétement normales. »

A quelle cause devait être rapportée cette double infiltration? M. Redemans l'attribue au chevauchement trop prononcé des os du crâne dans son passage à travers le détroit rétréci; et il est conduit à la conclusion suivante :

« Lorsque, à la suite d'un accouchement laborieux, la tête de l'en-

fant aura eu à supporter quelque compression un peu forte, il conviendra d'examiner les yeux; et si l'on y remarque quelque commencement d'infiltration sanguine, on parviendra probablement, par une compression préventive, à éviter la réalisation d'un accident semblable à celui qui fait l'objet de cette observation [1]. »

Maladies de la peau chez les nouveau-nés [2].

Parmi les maladies de la peau qui affectent principalement les enfants nouveau-nés, nous mentionnerons les suivantes :

L'*érythème*, qui peut être produit par toute espèce d'irritants appliqués sur la peau, par le contact de matières fécales, etc. C'est, en général, une inflammation très-superficielle, rarement accompagnée d'un trouble général de l'économie, et qui disparaît très-facilement à l'aide de soins de propreté et de lotions émollientes.

L'*érysipèle* est une des affections qui atteignent le plus souvent les nouveau-nés, ce qui s'explique par l'état habituel de congestion sanguine des téguments qui a lieu chez eux. Cette éruption a plus ordinairement son siége à l'abdomen, au thorax et aux membres qu'à la face et à la tête, et peut se terminer, soit par résolution, soit par desquamation, soit aussi par suppuration du tissu cellulaire sous-cutané, et même par gangrène; elle est, beaucoup moins souvent que chez les adultes, accompagnée de symptômes gastriques, mais assez souvent d'entérite; enfin elle détermine presque toujours l'accélération du pouls, la chaleur et la sécheresse de la peau, ainsi que la douleur et l'insomnie. Sa durée varie entre six à douze jours. Le traitement consiste en applications émollientes, surtout lorsque l'érysipèle tend à devenir phlegmoneux; en évacuations sanguines locales très-modérées et ménagées si l'inflammation persiste à un degré trop intense; sinon la diète et les boissons adoucissantes seules doivent suffire. Il faut enfin combattre les symptômes de gastro-entérite, et éloigner les causes capables de produire ou d'entretenir l'irritation de la peau.

L'érysipèle, qui se développe autour de l'ombilic des nouveau-nés et qui reconnaît pour cause l'irritation que détermine souvent le travail de séparation du cordon ombilical, exige le même traitement.

Pemphigus. — Une éruption bulleuse s'observe quelquefois, sur différentes parties du corps des enfants nouveau-nés, avec des caractères qui la rapprochent du pemphigus des adultes. M. P. Dubois

[1] *Journal de médecine de Bruxelles.*

[2] On lira avec intérêt une monographie récemment publiée sur ce sujet, par M. le docteur Caillault, ancien interne des hôpitaux de Paris : *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants.* Paris, 1859, in-12.

a cru observer qu'elle se rencontrait chez les nouveau-nés qui offraient aussi différents symptômes d'affection syphilitique, ou provenaient de parents syphilitiques. D'après ce professeur, le pemphigus serait toujours, chez les nouveau-nés, un indice d'affection vénérienne qui obligerait à soumettre les parents à un traitement syphilitique.

Telle n'est pas l'opinion de l'homme remarquable auquel le monde savant et l'humanité doivent de si précieuses découvertes. M. Ricord n'admet pas l'opinion exclusive de M. Dubois[2] : il pense que si le pemphigus des nouveau-nés est souvent syphilitique, il peut être aussi indépendant de la syphilis, reconnaître les mêmes causes et se manifester dans les mêmes circonstances que le pemphigus vulgaire des adultes. En dehors de l'origine présumée, c'est-à-dire de l'hérédité, M. Ricord ne trouve pas de signe pouvant servir au diagnostic différentiel du pemphigus spécifique et du pemphigus vulgaire ; il croit que si M. Dubois a trouvé autre chose, c'est qu'il y a eu une erreur de diagnostic et qu'on a pris pour des pemphigus des variétés d'ecthyma dans lesquelles, alors, le derme est plus ou moins ulcéré, etc. ; cela paraît évident d'après les dessins qu'a fait faire M. Dubois. M. Ricord a publié un beau type de pemphigus des nouveau-nés.

M. Ricord blâme, du reste, avec raison, la pratique qui veut que par cela seul qu'un enfant naît avec un pemphigus les parents subissent un traitement antisyphilitique. Il faut, pour prescrire rationnellement un pareil traitement, d'autres preuves de syphilis chez les parents.

Les enfants nés de parents syphilitiques peuvent présenter encore au moment de la naissance et plus généralement plus tard, c'est-à-dire dans le cours du premier au sixième mois, ou même à des époques plus reculées, des accidents dont la gravité soit en rapport avec l'état des parents au moment de la conception, quand la maladie dépend du père et de la mère, ou relative à l'état de la mère, quand celle-ci contracte la syphilis pendant la grossesse et qu'elle la transmet à l'enfant pendant la gestation.

Ces accidents sont des éruptions exanthématiques (érythème, roséole), des éruptions papuleuses, des plaques muqueuses surtout, ayant pour siége de préférence le pourtour de l'anus, les organes génitaux, les lèvres, la cavité buccale, etc. ; des éruptions pustuleuses, ecthymateuses, plates, superficielles, quelquefois même pro-

[1] *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens.* Paris, 1851, in-4.
[2] *Bulletin de l'Académie de médecine.* 1851, t. XVI, p. 971.

fondes, siégeant sur différentes parties de la peau ; des ulcérations, succédant à ces différentes éruptions, et présentant tous les caractères des ulcérations vénériennes. Leur siége se rencontre surtout aux fesses, aux talons, au pourtour des malléoles et dans les joints qui subissent des pressions, des frottements.

En général, les enfants nés dans les conditions les plus graves présentent un aspect cachectique et décrépit qui les fait ressembler à de petits vieillards; la peau est flasque, molle, ridée et terreuse.

Les accidents de la syphilis héréditaire commencent souvent chez eux par les fosses nasales, par la pituitaire; on les croirait affectés de coryza. La respiration nasale est difficile, impossible même. Les narines laissent souvent échapper du muco-pus, des sécrétions sérosanieuses, sanguinolentes, produites par des altérations de la membrane muqueuse, ou encore par des altérations plus profondes du système osseux.

Variole. — Rare à la naissance, cette maladie s'observe cependant dans des cas peu communs sur le corps d'enfants nouveau-nés, qui en ont été atteints dans le sein de leur mère, malade elle-même de cette éruption. Quelque singulier que paraisse ce fait, il n'en a pas moins été observé plusieurs fois par des médecins instruits et dignes de toute confiance. Du reste, les enfants qui ont apporté, en sortant du sein de leur mère, des traces de la variole, ont cessé d'exister avant leur naissance, ou souvent peu de jours après.

Ichthyose. — C'est une affection congéniale de l'épiderme qui se présente sous forme de plaques un peu épaisses, séparées les unes des autres par des lignes irrégulières et peu profondes. Elles sont d'un gris sale, se détachent et laissent au-dessous d'elles l'épiderme épaissi et rugueux. Cette maladie, qui peut avoir son siége sur une seule ou sur toutes les parties du corps à la fois, persiste souvent plusieurs années, et ainsi ne peut pas être confondue avec l'exfoliation de l'épiderme, qui a lieu dans les premiers jours de la naissance. Le traitement consiste en bains tièdes et émollients, en frictions légères avec l'huile d'olive ou d'amandes douces, en boissons acidulées et surtout en soins de propreté.

Gangrène des nouveau-nés.

Cette espèce de gangrène se remarque particulièrement dans les premiers instants de la vie, chez les enfants dont les appareils circulatoire et respiratoire exécutent mal leurs fonctions. Il s'opère alors une congestion, un engouement sanguin aux extrémités, qui, par suite de la stase du sang, deviennent violacées, froides, se décomposent, se sphacèlent jusqu'à ce qu'un cercle inflammatoire vienne borner

les ravages de la maladie ou que la mort en soit le résultat. — Cette gangrène débute ordinairement par les doigts des pieds ou des mains; la peau devient violacée, se tuméfie, se couvre de bulles séro-sanguinolentes qui s'excorient; et les téguments prennent un aspect brunâtre, emphysémateux, répandant une odeur de gangrène, tandis que l'enfant blême, immobile, respirant avec difficulté, ayant à peine la force de jeter un cri, s'éteint peu à peu, après avoir offert sur le corps des pétéchies scorbutiques et de l'emphysème. Il faut, dans cette maladie presque toujours rapidement mortelle, diminuer un peu la pléthore sanguine par l'application d'une sangsue à l'anus, exercer des frictions sèches ou aromatiques sur les parties, pour activer la circulation, et panser les escarres ou ulcères formés avec le vin ou la décoction de quinquina. Quant aux remèdes internes chez des enfants si jeunes et dont les voies digestives sont si délicates, ils doivent être employés avec une grande réserve. Le bouillon gras, une légère décoction de quinquina, pourront seulement être mis en usage.

Du sclérème, ou endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés [1].

L'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés n'est autre chose qu'un œdème simple, tout à fait analogue à celui qui survient chez les adultes et les vieillards; c'est enfin, une infiltration abondante de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire. — Cette maladie est caractérisée par une résistance très-grande d'une ou de plusieurs parties de la surface du corps de l'enfant; ses téguments semblent véritablement endurcis, gonflés, tendus, plus ou moins rouges, et les dépressions que produit avec peine l'application des doigts persistent pendant quelque temps.

On a considéré comme pouvant être cause de cette maladie : 1° la faiblesse naturelle de l'enfant; 2° un état de pléthore générale ou congénitale; 3° la surabondance du sang veineux dans les tissus; 4° l'état de sécheresse de la peau avant l'exfoliation de l'épiderme; 5° un obstacle au cours du sang, résultant de l'abondance même de ce liquide dans l'appareil circulatoire; 6° son regorgement dans le tissu cellulaire, auquel il fournit trop de matériaux de sécrétion; 7° l'action sur la peau d'agents extérieurs, tels que le froid, qui, en suspendant la transpiration cutanée, favorisent l'accumulation de la sérosité dans le tissu cellulaire. M. Charcellay (de Tours) [2] a

[1] Voir le mémoire lu par Henri Roger à la Société des hôpitaux, 11 juillet 1860 (*Union médicale*, 14 aout 1860).

[2] *De la néphrite albumineuse chez les enfants nouveau-nés.* Tours, 1841, in-8.

été conduit, à la suite d'un grand nombre d'observations, à admettre que cette affection reconnaissait souvent pour principale cause la *néphrite albumineuse*, qui elle-même serait toujours déterminée par le froid. Cette opinion se rapproche de celle de Billard et de Valleix [1], qui regardent le froid comme la principale cause de l'œdème. Quant à l'engorgement sanguin du foie, des poumons, du cœur, l'occlusion des ouvertures naturelles, ce ne sont pas des causes exclusives de cette affection, mais seulement des phénomènes concomitants.

Lorsque l'œdème est général et que la congestion séreuse est portée à un haut degré, toutes les parties où il existe du tissu cellulaire éprouvent un trouble dans les fonctions qu'elles ont à remplir : ainsi la glotte, devenue œdémateuse, rend le cri de l'enfant pénible, aigu, étouffé. Le ralentissement de la circulation explique aisément le refroidissement que subissent les membres et l'affaissement dans lequel tombe le malade.

Quant aux indications thérapeutiques qu'exige cet œdème symptomatique, elles consistent en quelques évacuations sanguines chez les enfants pléthoriques, en bains chauds, fréquents et prolongés, dont M. Charcellay a souvent obtenu de bons résultats ; à exciter la peau par des frictions irritantes : la laine très-chaude, appliquée directement sur la peau, est encore un des meilleurs moyens que l'on connaisse. Notre excellent collègue, M. Bouchut [2], a préconisé dans ce cas les bains de vapeur ; M. Henri Roger, à l'exemple de M. Legroux, les bains de vapeur et le massage. Ces trois praticiens distingués citent des cas de guérison obtenus par ces moyens.

On s'est souvent bien trouvé de l'application de pommades résolutives de digitale et d'iode aux mains et aux pieds.

M. Charcellay a eu recours avec avantage, dans quelques cas, aux toniques tels que les ferrugineux et les préparations de quinquina. Les infusions sudorifiques et diurétiques chaudes devront sans cesse être administrées conjointement à ces moyens.

L'endurcissement du tissu adipeux se présente avec ou sans infiltration générale du tissu cellulaire sous-cutané ; les joues, les fesses, les mollets, le dos, en sont le siége le plus ordinaire. Il a lieu avec ou sans trouble de la circulation et de la respiration, et c'est ordinairement à l'instant de l'agonie des enfants qu'il survient. Le tissu adipeux, dans cette maladie, se trouve très-ferme et figé comme du suif; ce qui arrive vraisemblablement, parce que la chaleur animale a abandonné le corps de l'enfant.

[1] *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, in-8.

[2] *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* 3e édition. Paris, 1855, in-8.

Ictère des nouveau-nés.

La teinte ictérique chez le nouveau-né peut ne pas être bornée aux téguments seuls, elle peut encore être partielle ou générale. Ainsi, on a vu le cerveau, la moelle épinière (et c'est cet état qui a été décrit par Lobstein, sous le nom de *kirrhonose*), les poumons, le cœur, le tube intestinal, les reins, le foie, les muscles, les tissus cellulaire et adipeux, offrir soit isolément, soit en même temps que la peau, la coloration jaune propre à l'ictère. Mais c'est l'enveloppe cutanée qui en est le siége le plus ordinaire, soit sur une partie, soit sur la totalité de sa surface ; et, ce qui est remarquable, c'est que la teinte jaune succède presque toujours à la coloration rouge que présente la peau des nouveau-nés. Il paraît donc probable que l'ictère, pouvant être local, ne peut dépendre d'une cause générale, comme, par exemple, d'une maladie du foie, qui, d'ailleurs, ne se rencontre presque jamais à cet âge, et que cette teinte est causée par le dépôt du sérum du sang fortement coloré en jaune, dans certains organes où il se trouve placé dans des conditions particulières. Il faut cependant noter que l'ictère coïncide souvent avec une congestion sanguine du foie et des téguments. Dans tous les cas, cette espèce d'ictère n'est pas une maladie et n'exige aucun traitement particulier, si ce n'est celui des complications, lorsqu'il y en a, et la nature se charge seule du soin de dissiper en peu de temps la teinte ictérique.

Météorisme.

Il survient souvent, quelques jours après la naissance, un météorisme plus ou moins prononcé, qui s'accompagne de dégagement de gaz par l'anus et la bouche, de constipation et quelquefois de vomissements. Cet état reconnaît presque toujours pour cause les irrégularités, les écarts dans le régime de l'enfant. On devra donc mettre entre chaque repas, soit que l'enfant soit allaité au sein ou artificiellement, assez d'intervalle pour que la digestion puisse se faire convenablement : deux ou trois heures suffiront pour cela. Pendant ce temps, on pourra, pour apaiser les cris de l'enfant, lui donner avec avantage quelques gorgées d'eau sucrée, aromatisée avec l'eau de fleur d'oranger. Le ventre devra être recouvert de cataplasmes, deux bains chauds devront être donnés chaque jour ; mais surtout on devra s'attacher à combattre la constipation, et par les suppositoires, et les petits lavements, enfin par l'usage de laxatifs doux administrés par la bouche, par exemple, le sirop de rhubarbe (dit *de chicorée*) ou l'huile de ricin, une ou deux cuillerées à café en vingt-quatre heures.

Gangrène de la vulve.

Une maladie des organes génitaux beaucoup plus grave et qui mérite de fixer l'attention, c'est la gangrène de la vulve. Elle coïncide presque toujours avec certaines phlegmasies cutanées, telle que la variole et la rougeole ; c'est une maladie très-rare et qui se complique toujours de symptômes gastriques ou cérébraux plus ou moins graves. Le traitement local est le même que pour les autres espèces de gangrène, et consiste en applications de poudre de quinquina, de compresses trempées dans le chlorure de chaux, etc.

Leucorrhée et écoulement sanguin.

On remarque assez souvent chez les petites filles un écoulement puriforme, quelquefois assez abondant par la vulve. C'est, en général, un symptôme de fort peu d'importance et qui disparaît en quelques jours naturellement ou par des soins de propreté seulement et des lotions émollientes. Cependant cet écoulement persiste quelquefois ; dans ce cas, il faut employer les astringents en lotions et en bains ; ne pas alimenter l'enfant exclusivement avec le sein, et lui donner de bonne heure du bouillon coupé. Ce n'est pas, en général, un symptôme de syphilis, comme on l'a cru pendant longtemps, et il ne faut l'attribuer à cette maladie que dans les cas où d'autres symptômes et des renseignements positifs du côté de la mère pourraient porter à le faire croire. L'écoulement dépend, en effet, d'une irritation de la muqueuse génito-urinaire analogue à celle de la conjonctive dans l'ophthalmie des nouveau-nés. M. Gendrin rapporte [1] le fait communiqué par Duverney, en 1708, d'une petite fille de huit jours qui était réglée.

Gonflement et flux lactescent des seins.

Les mamelles des enfants naissants sont assez souvent le siége d'une tuméfaction causée par l'accumulation, dans la glande elle-même, d'un fluide séro-lactescent parfois abondant, et qui donne même lieu, dans certains cas rares, à l'inflammation, et par suite à l'abcès des mamelles. Mais cette turgescence n'est le plus souvent que passagère et sans danger ; cependant il est bon de couvrir les seins de cataplasmes pour éviter ces accidents.

Maladie tachetée hémorrhagique, ou hémacélinose, et hémorrhagie des intestins.

J'ai confondu ces deux maladies, parce qu'elles sont presque tou-

[1] *Traité philosophique de médecine pratique*. Paris, 1838, t. I, p. 53.

jours réunies et proviennent de la même cause. Elles s'observent chez les enfants faibles, mal nourris, dont la circulation capillaire se trouve troublée, et se présentent sous forme de tâches d'un rouge violacé, circonscrites, arrondies, qui paraissent sur la surface du corps, et que l'on rencontre aussi quelquefois sur différents points ou dans toute la longueur du tube digestif. Dans ce dernier cas, il y a toujours hémorrhagie des gencives, de l'estomac, des intestins, de la vessie, etc. Cependant cette affection, ordinairement apyrétique, peut ne pas s'accompagner de ces symptômes effrayants et rester bornée à la peau. Quoi qu'il en soit, elle est assez souvent mortelle, et, si l'on en a le temps, il faut chercher à éloigner le danger en appliquant, par exemple, une ou deux sangsues au siége, pour diminuer la masse du sang, mais seulement lorsqu'on soupçonne que la maladie provient d'une congestion sanguine prononcée ; car si elle est simple ou si l'enfant est trop débile, il faut se contenter de bains, de lavements émollients, de boissons adoucissantes, et abandonner à la nature le soin de la résolution.

Hémorrhagie par l'ombilic.

Elle peut avoir lieu chez un enfant qui vient de naître, soit par le défaut de ligature du cordon, soit parce que celle-ci s'est relâchée, soit enfin parce que des tractions violentes ont arraché le cordon tout près de l'ombilic.

De toutes les hémorrhagies pouvant devenir le plus promptement fatales aux nouveau-nés, celle qui a lieu par les vaisseaux ombilicaux est certainement la plus grave et celle qui réclame les secours les plus prompts et les plus efficaces [1].

Cette hémorrhagie a lieu à la suite de l'arrachement du cordon, quand on a négligé de relâcher cet organe; en faisant la version, elle peut se produire au moment ou peu de temps après la chute physiologique du cordon, et dans ce dernier cas l'époque à laquelle l'hémorrhagie ombilicale peut se déclarer est très-variable. Souvent rien ne semble devoir faire craindre l'apparition de cet accident; on doit cependant se tenir sur ses gardes quand on donne des soins à des enfants faibles, dont les parents présentent une disposition aux hémorrhagies. Il y aurait peut-être, dans ces derniers cas, avantage à exercer immédiatement sur l'ombilic une compression bien faite. Quoi qu'il en soit, dès que l'hémorrhagie a lieu, il importe d'agir avec d'autant plus de promptitude et d'énergie, que les pertes de sang sont plus violentes et plus redoutables chez le nouveau-né.

[1] Voyez *Abeille médicale*, 1847, p. 132.

On a commencé par se servir d'eau glacée, de poudre impalpable d'alun et de toute sorte d'astringents. L'expérience n'a pas tardé à montrer que ces moyens étaient complétement inefficaces.

Alors on a songé à la *compression;* on a même tenté de lui accorder une grande valeur, parce qu'on en avait obtenu des avantages dans les cas d'hémorrhagie consécutive à l'arrachement du cordon; mais on n'avait pas réfléchi que l'hémorrhagie qui succède à la chute naturelle du cordon est surtout le résultat d'un manque de plasticité du sang, parfois héréditaire. Du reste, les faits sont venus prouver que la compression peut arrêter momentanément l'hémorrhagie, mais que des caillots ne se forment pas dans l'intérieur des vaisseaux, et que l'écoulement du sang reparaît dès qu'on ne comprime plus, et même malgré cette compression. Nous croyons cependant que si l'on trouvait le moyen d'assurer cette compression et de la rendre permanente, on finirait certainement par obtenir la formation d'un caillot. Le collodion pourrait être employé dans ce but. La *cautérisation*, praticable seulement dans les cas où l'on peut apercevoir le point de départ de l'hémorrhagie, deviendrait des plus dangereuses, si l'on voulait agir sur une large surface et trop profondément. Un stylet rougi à blanc, porté sur le point qui paraît fournir l'hémorrhagie, suffira souvent.

Si, malgré ces moyens, l'hémorrhagie continue, ou si le médecin ne peut rester auprès du petit malade pour surveiller les résultats du traitement, il ne doit pas hésiter à pratiquer la ligature. Ici, il a à choisir entre trois méthodes : la *ligature immédiate*, c'est-à-dire pratiquée sur le trajet des vaisseaux ombilicaux, préalablement mis à nu par une incision; la *ligature du tubercule ombilical;* enfin, la *ligature en masse :* c'est évidemment à ce procédé que l'on doit avoir recours. Voici le procédé que suit M. le professeur Dubois : L'enfant étant placé convenablement sur un lit, de manière que l'abdomen proémine, l'opérateur commence par introduire horizontalement de gauche à droite une épingle à bec-de-lièvre, qui traverse les téguments à la base de l'ombilic. A l'aide d'une anse de fil passée au-dessous de cette épingle, il soulève les téguments; puis une autre épingle est introduite perpendiculairement à la première et au-dessous d'elle. Il fait ensuite plusieurs huit de chiffre autour de chaque épingle, et pour compléter la ligature il entoure également de fil ciré la base de l'ombilic.

L'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Si, quelques heures après, on voit suinter un peu de sang par les angles de la plaie, le long des épingles, il suffit de faire deux nœuds sur la peau qui entoure l'épingle, pour voir le suintement s'arrêter. On peut enlever

les épingles vers le quatrième ou le cinquième jour; mais il faut attendre que l'escarre se détache d'elle-même, et ne rien faire pour en hâter la chute.

En résumé, dans le traitement des hémorrhagies ombilicales chez les nouveau-nés, on peut employer la compression et la cautérisation modifiées, et la ligature en masse; la dernière surtout, qui offre sur les deux autres une supériorité réelle. Mais, quelle que soit la méthode qu'on emploie, il ne faut pas perdre de vue que le succès sera d'autant plus assuré, que l'on agira de meilleure heure et que l'on surveillera avec plus d'attention les effets du moyen employé. Il y a un exemple d'hémorrhagie six jours après la chute du cordon. M. P. Dubois fit la ligature, l'enfant guérit[1]. On cite[2] un autre fait, dans lequel l'hémorrhagie ne se produisit que treize jours après la naissance; tout fut tenté, excepté la ligature : l'enfant succomba.

Suppuration de l'ombilic.

Il arrive quelquefois qu'après la dessiccation du cordon et sa chute, la cicatrice ombilicale suppure pendant quelque temps, et cet état se prolongerait fort longtemps, si l'on n'y remédiait.

La cautérisation avec le nitrate d'argent suffit souvent seule, je l'ai cependant vue manquer complétement son effet, et ce n'a été qu'à l'aide d'un peu de calomel (2 à 3 centigrammes par jour) saupoudré sur la petite plaie que j'ai pu amener à cicatrisation. L'eau végéto-minérale administrée en lotions réussit souvent très-bien; il en est de même du cérat saturné.

Inflammation de la cicatrice ombilicale.

Cet accident, si souvent mortel dans les hôpitaux à cause de l'érysipèle, qui en est presque la complication obligée, est bien moins grave en ville. Le premier soin à prendre dans ce cas consiste à appliquer sur la cicatrice un petit linge percé de petits trous très-rapprochés, que l'on graissera très-légèrement avec un peu de cérat, de couvrir le ventre de cataplasmes émollients, de donner à l'enfant deux bains tièdes par jour pour prévenir l'érysipèle. La médication serait la même, si cette dernière complication venait à se manifester, seulement on y adjoindrait l'usage des légers dérivatifs sur le canal intestinal (le calomel), et les révulsifs aux extrémités inférieures.

[1] *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er mars 1847.
[2] *Union médicale*, 24 mars 1853.

Ophthalmie purulente des nouveau-nés.

L'impression d'un air froid, le séjour et l'accumulation des enfants dans un lieu mal aéré, la malpropreté, la longueur et la difficulté de l'accouchement, ainsi que la compression de la tête de l'enfant, l'influence épidémique, si manifeste dans les hôpitaux, enfin une blennorrhagie syphilitique existant chez la mère, peuvent être les causes principales de l'ophthalmie chez les enfants nouveau-nés. — Cette maladie peut se montrer dès le deuxième ou le troisième jour de la naissance. — Au premier degré, elle n'est caractérisée que par une légère rougeur et la tuméfaction peu considérable des paupières, qui cependant sont très-sensibles à la pression. L'enfant ne peut supporter la lumière, ferme les yeux et tourne la tête du côté opposé au jour.

Mais si l'irritation est abandonnée à elle-même, elle passe bientôt au second degré. Alors la rougeur, la douleur, la tuméfaction augmentent d'intensité, et la suppuration s'établit. La conjonctive oculaire s'enflamme, se boursoufle, se couvre de granulations, et les replis qu'elle forme donnent lieu à un ectropion plus ou moins prononcé lorsque l'enfant crie. La suppuration, qui devient de plus en plus abondante, varie pour la couleur, du blanc jaunâtre au vert, et se trouve quelquefois mélangée avec du sang. Lorsque l'inflammation s'est étendue sur le globe de l'œil, elle y détermine plusieurs lésions qui peuvent même entraîner la perte totale de l'organe. La plus commune est l'inflammation de la cornée, ou kératite, qui peut produire : 1° l'opacité de cette membrane, opacité qui se dissipe assez ordinairement lorsque l'inflammation a cédé; 2° le ramollissement, beaucoup plus grave et encore assez fréquent. La cornée perd son poli, ordinairement vers son centre, offre dans un point une teinte grisâtre et un peu brune, se perfore et laisse écouler l'humeur aqueuse, le cristallin et l'humeur vitrée. Alors l'œil s'affaisse et la vision est perdue. 3° L'ulcération qui survient ordinairement au niveau des parties opaques de la cornée, présente des bords tuméfiés, un peu saillants et assez réguliers. Elle donne lieu, par suite, aux mêmes accidents.

L'ophthalmie présente donc un pronostic d'autant plus grave que l'inflammation s'étend davantage vers le globe de l'œil et intéresse un plus grand nombre de ses parties. A l'état simple, sa durée est de quelques jours seulement ; elle est très-longue lorsque la maladie est plus profonde. Dans le premier degré de l'ophthalmie, le lait seul de la nourrice, instillé entre les paupières de l'enfant, suffit. Mais, quand la suppuration s'est établie, le premier but qu'on doit

se proposer dans le traitement de cette maladie est de combattre l'inflammation par des lotions avec l'eau de guimauve et l'eau de rose. Il faut aussi faire usage d'un collyre avec le nitrate d'argent (10 à 20 centigrammes par 30 grammes d'eau), c'est le moyen le plus efficace pour faire avorter l'inflammation et pour s'opposer à ses fâcheuses conséquences. On doit faire pénétrer plusieurs gouttes du dernier collyre entre les paupières, deux ou trois fois par jour. Enfin, il est indispensable de soustraire les yeux de l'enfant à la lumière, surtout dans les ophthalmies graves, en lui couvrant le visage d'un voile, en le couchant du côté opposé au jour et en entourant son berceau de rideaux verts et épais.

Une dame qui habite mon quartier fit voir à M. P. Dubois un enfant affecté d'une ophthalmie purulente, et chez lequel on s'était contenté de lotions avec l'eau de guimauve. Un œil était déjà entièrement perdu. M. Dubois me chargea de donner à ce pauvre enfant les soins convenables, et à l'aide du collyre au nitrate d'argent je fus assez heureux pour sauver l'autre œil.

En général, on ne porte pas en ville assez d'attention à combattre cette affection qui, abandonnée à elle-même, peut souvent avoir les plus funestes conséquences[1].

Stomatite avec altération de sécrétion, ou muguet [2].

Le muguet est caractérisé par la concrétion du mucus à la surface des membranes muqueuses enflammées, soit que ces membranes aient un épithélium, soit qu'elles n'en aient pas. Cette concrétion peut s'observer dans la bouche, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin. Il ne sera question ici que du muguet de la bouche.

Le muguet se montre sous trois aspects différents: 1° sous forme de points blancs très-petits, épars sur la langue et les parois de la bouche; 2° sous celle de lambeaux plus ou moins larges; 3° sous forme d'une membrane qui recouvre toute la langue ou s'étend sur d'autres parties de la cavité buccale.

Cette excrétion est ordinairement précédée d'une inflammation érythémateuse des mêmes parties, à la suite de laquelle surviennent de petits points blancs qui ont toujours leur siége à la surface de l'épithélium. Bientôt ces points blancs se réunissent pour s'é-

[1] Voyez *Annales de la chirurgie*. 1814, t. XII, p. 106, 298.

[2] Voyez, pour plus de détails, Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, in-8, p. 202. — E. Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*. 3e édition. Paris, 1855, p. 465.

tendre sous forme d'une membrane qui s'exfolie peu à peu pour se reproduire encore. Le muguet pointillé occupe ordinairement la pointe de la langue; par plaques, il se remarque sur la face interne des lèvres et des joues; en membrane, il a pour siége de prédilection la base de la langue et le voile du palais.

Étiologie. — Les causes présumées du muguet sont : la première enfance, une mauvaise alimentation, le rassemblement de beaucoup d'enfants dans un même lieu, surtout la constitution particulière à chaque individu, qui le dispose aux inflammations des membranes muqueuses, la débilité, la qualité du lait de la nourrice, les efforts répétés de succion que l'enfant est obligé de faire quelquefois. Cette maladie n'est pas considérée comme contagieuse; elle ne s'accompagne que de fort peu de fièvre chez les très-jeunes enfants; la peau est cependant chaude et sèche, la soif ardente; mais elle se complique très-souvent de l'inflammation de l'appareil digestif, et c'est ce qui rend le muguet si souvent fatal aux enfants.

Traitement. — Lorsque le muguet est simple, il faut se contenter de laver la bouche de l'enfant plusieurs fois par jour avec un pinceau imbibé d'eau de guimauve et de miel rosat, à laquelle on peut ajouter plus tard un quart de la liqueur de Labarraque. Un gramme de sous-borate de soude uni au miel, dont on étend dans la bouche gros comme un pois deux ou trois fois par jour, suffit pour triompher de cette affection quand elle a résisté aux premiers moyens. Si la maladie est compliquée d'une phlegmasie du tube digestif ou de quelque autre organe important, il faut combattre celle-ci par des moyens appropriés. Il faut aussi changer l'enfant d'air, améliorer son alimentation et éloigner toutes les causes qui pourraient entretenir l'affection.

Stomatite folliculeuse, ou aphthes.

Les aphthes ne sont autre chose qu'une inflammation des follicules mucipares de la membrane muqueuse, soit de la bouche, soit du reste du tube digestif.

Les follicules muqueux, d'abord engorgés, enflammés, laissent bientôt sortir une matière blanchâtre par une déchirure de leur point central, qui s'ulcère promptement. Ces petites ulcérations superficielles ont des bords tantôt arrondis, tantôt taillés à pic, et sécrètent une matière pultacée, blanche, qui finit par se détacher.

Les aphthes occupent ordinairement la face interne des lèvres, des joues, le sommet des gencives, le frein et les côtés de la langue. S'ils sont nombreux et rapprochés, leurs bords se confondent et

la matière forme une couche plus ou moins large, assez analogue à celle du muguet, dont cependant on peut la distinguer en tenant compte du développement des follicules enflammés et des solutions de continuité qu'on y remarque, et qui n'existent pas dans le muguet.

Les aphthes s'observent particulièrement chez les enfants débiles, pâles, lymphatiques, mal nourris, respirant un air vicié.

Les symptômes généraux sont presque nuls ; la peau est chaude et sèche, et la fièvre ne s'observe que chez les enfants un peu avancés en âge. Mais si les aphthes sont nombreux et s'ils se propagent dans l'œsophage et le reste du tube digestif, ce qui a lieu le plus fréquemment, on voit l'enfant pâlir, maigrir, être pris de vomissements, de diarrhée, enfin de tous les symptômes de la gastro-entérite.

Le traitement ne diffère pas de celui qui a été conseillé pour le muguet.

Deux autres espèces de stomatites peuvent affecter les jeunes enfants : ce sont l'ulcéreuse et la gangréneuse. Nous ne les décrirons pas ici, car elles s'observent ordinairement à une époque beaucoup plus éloignée de la naissance.

Principaux symptômes des maladies des voies digestives chez le nouveau-né.

Vomissements. — Le vomissement, ou mieux la régurgitation d'une partie du lait, n'a en général rien de fâcheux ; l'estomac ne se débarrasse ainsi que d'un superflu. Mais des vomissements glaireux, et qui font rejeter la totalité des aliments, causent bientôt le dépérissement de l'enfant : ils peuvent dépendre d'une mauvaise nourriture, d'une œsophagite, d'une gastrite, d'une entérite ayant surtout pour siége la région iléo-cœcale, de l'interruption du cours des matières fécales, d'un ramollissement de la muqueuse, et exigent le traitement approprié à ces différentes maladies lorsqu'elles sont bien caractérisées ; mais le plus ordinairement, le changement seul de nourriture ou l'emploi d'un peu de magnésie, d'un léger laxatif, suffisent pour les dissiper.

Diarrhée. — Elle n'est pas un signe constant d'entérite ; elle peut être produite par une véritable indigestion intestinale, une mauvaise nourriture, un lait trop ancien, l'état de gestation ou les affections de la nourrice, un sevrage trop précipité et des aliments solides donnés prématurément, par un état d'irritation et une augmentation de sécrétion de l'appareil folliculeux, enfin par une côlite ou une entérite. Elle varie sous le rapport de la couleur et de la consistance des matières : la diarrhée jaune, écumeuse et fluide, est très-souvent accom-

pagnée d'inflammation ; la diarrhée blanche et muqueuse est la plupart du temps produite par une augmentation de sécrétion des follicules mucipares ; mais, en général, les selles vertes sont regardées comme des signes d'inflammation gastro-intestinale assez vive. Ce symptôme s'accompagne presque toujours de rougeurs aux environs de l'anus, qu'il y ait ou non inflammation des intestins.

Le sirop de gomme, les cataplasmes émollients, les lavements de mauve ou amidonnés, l'eau de fleurs d'oranger, de tilleul, les bains entiers, suffisent dans la plupart des cas pour calmer la diarrhée. Si les signes d'irritation intestinale sont bien évidents et résistent à ces moyens, il faut appliquer une sangsue soit à l'estomac, soit à l'anus, suivant l'indication. Dans la diarrhée chronique, au contraire, et qui s'accompagne d'une fièvre hectique, qui fait en peu de temps dépérir et mourir les enfants, il convient souvent d'employer quelques toniques et les astringents ; mais ce à quoi il faut s'attacher surtout, c'est à éloigner les causes de la maladie, à changer l'enfant de lieu, à lui donner une nourriture plus saine, plus appropriée à son état et à son âge, et ajouter chaque jour dans un des lavements amidonnés une goutte ou deux de laudanum de Sydenham.

Coliques. — Elles sont produites par les mêmes causes que la diarrhée, et peuvent être spasmodiques, ou dépendre d'une inflammation, d'une invagination intestinale, d'une imperforation de l'anus, de la distension des gaz pendant l'inflammation, ou lorsque, cet état pathologique n'existant plus, les aliments séjournent dans les intestins sans être digérés. On reconnaît les coliques aux cris, à l'agitation des enfants, à leurs contorsions qui redoublent par intervalles, selon que les tranchées augmentent, et enfin à l'évacuation des matières de la diarrhée. Elles exigent le même traitement que ce dernier symptôme. Il faut surtout user largement des lavements à l'eau de graine de lin.

Tension du ventre. — Elle a lieu très-souvent dans l'entérite et dans ce cas s'accompagne de douleurs à l'abdomen et est continue, ce qui la distingue de la distension momentanée des intestins par des gaz, lorsqu'ils sont dans un état spasmodique, état qui cesse bientôt quand les gaz s'échappent au dehors.

Les *éructations* sont rarement fâcheuses ; elles dépendent souvent de repas trop fréquents et trop copieux, et indiquent une mauvaise digestion lorsqu'elles sont abondantes et répétées.

Chez les jeunes enfants, les maladies du tube digestif ne s'accompagnent pas de phénomènes de réaction à beaucoup près aussi tranchées que chez les adultes. Ainsi, la fièvre est rare chez eux, et le pouls, dans beaucoup de cas, devient au contraire plus faible ; la

chaleur de la peau seule est augmentée. Cette remarque est d'autant plus importante, que c'est le tube digestif qui, à cet âge de la vie, est le siége du plus grand nombre des maladies qui causent la mort des enfants.

Hémorrhagie gastrique des nouveau-nés.

Il existe un assez grand nombre d'observations sur des hémorrhagies de l'estomac survenues chez les enfants nouveau-nés, depuis le jour de leur naissance jusqu'au dixième ou douzième jour qui l'a suivie. M. Gendrin a eu trois fois l'occasion d'observer cette hémorrhagie gastrique chez des nouveau-nés. Ces trois enfants étaient nés sans grande difficulté. Sur deux qui ont été ouverts, on n'a trouvé aucune lésion et seulement du sang extravasé dans l'estomac et l'intestin grêle ; la muqueuse ne semblait pas plus injectée qu'elle ne l'est d'ordinaire chez les nouveau-nés.

Cependant M. Gendrin ajoute que l'hémorrhagie gastrique des nouveau-nés n'est pas suivie de mort aussi fréquente qu'on serait porté à le penser, eu égard à la faiblesse de ces sujets.

Il faut, dans ce cas, avant de prescrire un traitement astringent, s'assurer que la mère et la nourrice n'ont pas de crevasses au sein, car la plus petite excoriation imperceptible peut donner lieu à un écoulement de sang assez considérable pour colorer fortement le lait pris par l'enfant, et dont il rejette une bonne partie dans cette circonstance.

Hernies congéniales de l'abdomen.

Ces hernies peuvent se faire, ou par les ouvertures naturelles, ou par des espaces laissés libres par l'imperfection des parois abdominales.

Hernie ombilicale. — Elle peut se montrer au moment même de la naissance ou peu de temps après et dépend de ce que l'anneau aponévrotique, qui est destiné à circonscrire et resserrer la base du cordon ombilical, est trop lâche ou n'existe pas. Alors une ou plusieurs anses d'intestin viennent se loger dans l'espèce d'épanouissement que forme le cordon à son insertion, et déterminent une hernie dont les enveloppes sont constituées par la peau, le tissu cellulaire et le péritoine.

Deux moyens ont été conseillés pour combattre cette hernie : la *ligature* de Desault, qui consistait à refouler l'intestin et à lier les téguments près de l'abdomen (procédé abandonné depuis à cause de ses insuccès), et la *compression*, qui se pratique en appliquant sur l'ombilic des compresses graduées, que l'on maintient à l'aide d'un

bandage de corps pendant les premiers jours, et que l'on remplace plus tard par un bandage approprié, ce qui suffit souvent pour faire disparaître la hernie.

Hernie inguinale congéniale. — On sait que lorsque les testicules viennent à descendre dans le scrotum, chez l'enfant près du terme ou après la naissance, ils entraînent avec eux une portion du péritoine, en forme de cul-de-sac, dont l'ouverture abdominale s'oblitère bientôt au niveau de l'anneau : si cette oblitération n'a pas lieu, la portion d'intestin peut, soit en même temps que le testicule, soit plus tard, et par suite des efforts de l'enfant, descendre dans le scrotum et former une hernie inguinale. Il est fort important de ne pas confondre le testicule qui ne descend parfois qu'après la naissance, ou se trouve alors à l'anneau inguinal, avec la portion d'intestins herniés, et de bien s'assurer de la nature, du volume, de la présence de l'un et l'autre; car, on conçoit dans quelle erreur grave on serait entraîné pour le traitement et les accidents qui en seraient le résultat. J'ai observé cette année, chez un nouveau-né, la présence du testicule dans la région inguinale ; la petite tumeur qu'il formait ressemblait tout à fait au premier abord à une hernie, mais en l'examinant avec attention, on constatait sous la peau la présence d'un petit corps ovoïde résistant, qui n'augmentait pas de volume sous l'influence des cris. L'enfant se portait, du reste, fort bien.

Il faut, lorsqu'on s'est assuré qu'une anse intestinale ou une partie d'épiploon est descendue dans le scrotum, chercher à les réduire en les refoulant doucement à travers l'anneau inguinal; puis, chez les très-jeunes enfants, appliquer un bandage provisoire, peu compressif fait avec des bandes et des compresses que l'on changera souvent, afin d'éviter l'irritation de la peau ; et, mieux encore, laisser à demeure un petit bandage revêtu de caoutchouc.

Le point compressif doit surtout porter sur l'ouverture de l'anneau inguinal ; il détermine quelquefois l'adhérence des feuillets du péritoine et l'occlusion de l'anneau lui-même.

Notons ici que l'on a vu, quoique fort rarement, chez les petites filles, un des ovaires former hernie à travers un des anneaux inguinaux.

Hydrocèle congéniale. — La non-oblitération du sac péritonéal, qui descend avec le testicule, peut donner lieu à l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans ce sac, ce que l'on reconnaît à la forme régulièrement arrondie qu'il affecte, à la fluctuation qu'il présente, à la transparence que l'on remarque à travers les tuniques du testicule, et surtout à la facilité avec laquelle on fait refluer le liquide dans l'abdomen, signes qui empêchent de confondre cette

maladie avec une hernie. Le traitement consiste à refouler le liquide dans l'abdomen, et à exercer une compression sur l'ouverture de l'anneau pendant quelque temps, ou bien, suivant le procédé de Desault, à comprimer l'anneau, puis à pratiquer la ponction et l'injection d'après la méthode ordinaire.

Chute du rectum.

Les efforts que fait l'enfant lorsqu'il crie ou respire avec peine, la constipation, ou des selles abondantes et dures rendues tout d'un coup, enfin la fréquence des déjections alvines déterminées ou non par un purgatif, tendent à pousser au dehors l'extrémité inférieure de l'intestin rectum, dont la membrane interne peu adhérente aux deux autres par un tissu cellulaire lâche, se détache peu à peu et vient faire saillie en dehors de l'anus. Il faut tâcher d'abord de faire rentrer la membrane muqueuse sortie en la refoulant avec les doigts enduits d'huile ou de cérat; puis, il faut maintenir la tumeur réduite avec des compresses imbibées d'eau froide, et d'un bandage en T appliqué par-dessus. Si l'infirmité persiste, on est contraint de prendre la précaution de soutenir le pourtour de l'anus chaque fois que l'enfant va à la selle, et de faire de temps en temps, sur la tumeur, des lotions avec une solution de sulfate d'alumine ou de zinc, d'eau de chaux, d'astringents et de toniques qu'il est néanmoins nécessaire d'aider par l'application du bandage.

Principaux vices de conformation chez les enfants nouveau-nés.

Absence d'un ou de plusieurs membres. — Cette monstruosité n'est pas très-rare, je l'ai assez souvent constatée, sur un enfant, entre autres, chez lequel les quatre membres manquaient. Cet enfant, du sexe masculin, qui avait succombé en naissant, avait le tronc bien conformé, mais cependant bien plus développé dans toutes ses dimensions que la tête, qui n'avait que le développement qu'elle doit avoir chez un enfant ordinaire. A la place des bras, pendaient deux corps charnus, flexibles dans toute leur étendue, de la longueur de 8 centimètres et terminés brusquement comme si l'extrémité inférieure de ces corps avait été coupée. Ces appendices, parfaitement cylindriques, avaient de chaque côté exactement la même forme. A la place des cuisses, il existait aussi deux appendices étroits, longs de 3 centimètres, en forme de vrille, flexibles et exactement semblables entre eux comme les supérieurs.

Fig. 270.

A quelle espèce de monstruosité peut être rapportée celle-ci? Y a-t-il eu chez cet enfant arrêt de développement ou amputation spontanée des membres? Quelle qu'ait été la cause de ces anomalies, il ne me paraît pas possible de rapporter cette monstruosité à un arrêt de développement des membres. En effet, dans l'arrêt de développement, ce n'est jamais sur l'extrémité des membres que porte le vice de conformation. Cette extrémité existe le plus ordinairement dans un état de conformation plus ou moins parfait. C'est toujours sur la partie moyenne ou supérieure des membres que l'arrêt du développement se manifeste.

On comprend très-bien qu'il ne peut en être autrement quand on considère comment se développent les membres chez le produit. Pour les bras, c'est d'abord la main à l'état rudimentaire qui se manifeste au voisinage de l'épaule, puis vient après elle l'avant-bras, enfin le bras. Il en est de même pour les membres inférieurs : le pied apparaît le premier, puis la jambe, enfin la cuisse. Si donc un membre vient à être arrêté dans son développement, il est évident que cet arrêt ne peut porter sur l'extrémité de ce membre, mais bien sur sa partie moyenne ou supérieure.

Or, dans le cas dont il s'agit, l'extrémité des membres n'existe pas. Dans leur totalité, ces membres ont été remplacés par une production charnue dans laquelle il est impossible de reconnaître aucun des caractères de la main à l'état le plus rudimentaire; il n'y a donc pas eu arrêt de développement, mais absence de développement des membres qui ont été remplacés par des productions anormales.

Peut-on maintenant considérer ces monstruosités comme le résultat de ces amputations spontanées dont s'est occupé M. de Montgomery et dont il a cité plusieurs exemples dans son excellent ouvrage, ou comme le résultat d'affections qui auraient détruit les membres dans le sein de la mère, suivant l'opinion de Chaussier? Je ne le crois pas.

Dans aucun des faits cités par M. de Montgomery, dans aucune des figures où il a fait représenter ces accidents, et dont quelques-unes ont été reproduites plus haut, l'amputation n'a porté sur les quatre membres à la fois, dans les mêmes points, à des hauteurs semblables, laissant aux membres coupés la même forme, le même aspect entre eux, comme cela a eu lieu chez cet enfant, où le parallélisme est complet. (Voyez la figure 270.)

Au contraire, dans les figures que M. de Montgomery a fait représenter, la difformité n'a porté que sur un membre ou au plus sur deux, et l'on comprend très-bien comment il n'en peut être autrement. En effet, le célèbre accoucheur irlandais regardait ces ampu-

tations comme le résultat de la constriction exercée par des circulaires du cordon ombilical autour des membres. Il serait par trop surprenant que le cordon ombilical se soit enroulé d'abord autour des quatre membres, puis juste à la même hauteur pour produire des difformités avec une régularité de forme et d'étendue aussi parfaite.

En admettant aussi, suivant l'opinion de Chaussier, que, dans ces cas, les membres aient été détruits par des maladies, on ne pourrait pas même encore supposer que le hasard ait pu produire sur chaque paire de membres des lésions entièrement semblables.

Je crois donc qu'il faut regarder cette monstruosité, non comme le résultat d'un arrêt de développement, non comme le résultat d'une amputation spontanée ou d'une maladie, mais bien comme un de ces rares exemples de monstruosité où l'absence complète de développement a porté sur les membres, qui ont été remplacés par une production anormale. Ces appendices flexibles, aussi mous que les autres parties charnues de l'enfant, ne contiennent pas dans leur centre des parties osseuses : la peau qui les recouvre ne diffère en rien de celle des autres parties du corps.

Du reste, la figure de cet enfant a quelque chose de gracieux, ce qui a rarement lieu pour les enfants nouveau-nés, surtout chez les monstres, et, de plus, il n'existe sur lui aucune autre difformité, ce qui est encore rare.

Il est bien regrettable que les parents aient tenu à ce qu'il ne fût fait sur cet enfant aucune recherche anatomique, elles auraient peut-être pu jeter quelque jour sur les causes de ces erreurs de développement, encore si obscures.

Absence de la peau. — La peau peut manquer sur une ou plusieurs parties du corps ; mais son absence a presque toujours lieu en même temps que celle de la partie qu'elle recouvre. Cette monstruosité reconnaît deux causes : ou bien la peau a primitivement existé et elle a été détruite par une désorganisation commune dans l'anencéphalie, le spina-bifida ; ou elle n'a jamais existé, parce que les parties auxquelles elle devait servir de tégument ont été arrêtées dans leur développement.

Excroissances. — L'enveloppe tégumentaire peut, au contraire, quelquefois présenter des excroissances, particulièrement à la face, sur le tronc et les membres ; il est convenable, dans le cas où elles offrent trop de saillie, de les enlever de bonne heure. Du reste, ce n'est pas ici le lieu de décrire en détail tous les vices de conformation que peut présenter la peau.

Astomie ou *absence de la bouche.* — Ce vice de conformation a lieu lorsque les os de la face ont été arrêtés dans leur développement, et

surtout lorsque la mâchoire inférieure vient à manquer. L'enfant ne peut vivre avec cette difformité irrémédiable et ne tarde pas à succomber.

Atrésie ou *oblitération de la bouche.* — L'adhérence des lèvres, ou l'absence de l'ouverture antérieure de la bouche, est très-rare et exige qu'on y remédie en pratiquant une incision d'une grandeur suffisante à l'endroit où devrait se trouver la bouche, et en empêchant la cicatrisation des deux bords de la plaie.

Bec-de-lièvre. — Les deux lèvres, et plus spécialement la supérieure, offrent quelquefois chez l'enfant naissant des divisions congénitales situées, soit sur la partie moyenne, soit sur les parties latérales du raphé. Ce vice de conformation peut consister en un commencement de division, une division complète, ou l'absence d'une partie assez considérable de la lèvre et de l'arcade alvéolaire supérieure. Lorsque la division labiale est unique, elle est presque toujours située sur le côté du raphé; si elle est double, elle existe de chaque côté, et alors les ailes du nez sont plus ou moins tirées en dehors. Très-souvent elle s'accompagne de la division du bord alvéolaire, soit d'un seul, soit des deux côtés, ordinairement entre la seconde incisive et la canine.

Division du palais. — La voûte palatine et le voile du palais peuvent offrir aussi une séparation plus ou moins considérable sur la ligne médiane. Ces difformités, qui reconnaissent pour cause, suivant les physiologistes, un arrêt de développement des parties, réclament des opérations chirurgicales, car le bec-de-lièvre gêne beaucoup la succion et la préhension du mamelon, et la division du voile du palais rend la déglutition très-difficile et même dangereuse. Cependant, pour soumettre l'enfant à l'opération du bec-de-lièvre ou de la staphyloraphie, il faut attendre qu'il ait quelques mois, et le nourrir jusque-là en lui donnant le sein, ou à boire à la cuiller ou au biberon, en le tenant dans une position verticale, surtout s'il est atteint de division du voile du palais [1].

Le *filet.* — La longueur du frein de la langue, vulgairement appelé *filet*, entrave les mouvements de cet organe et empêche la succion; il faut donc, lorsqu'on voit que cette gêne a lieu, soulever la langue avec l'aide d'une sonde cannelée et couper le filet avec les ciseaux, mais en évitant de prolonger la section trop loin, et surtout en dirigeant la pointe des ciseaux en bas et en l'éloignant le plus possible de la base de la langue, afin d'éviter les veines ranines. Je

[1] Voyez le mémoire de M. P. Dubois, *Sur le bec-de-lièvre et le moment le plus opportun pour l'opérer* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. X, p. 766).

me contente le plus ordinairement de faire sur le frein de la langue une très-légère section, puis je présente l'enfant immédiatement au sein ; les efforts de succion achèvent de délier cet organe. Rarement j'use de la sonde cannelée : le médius et l'index de la main gauche, avec la pulpe desquels je relève la langue, m'ont paru bien plus propres à maintenir cette langue si mobile et qui tend toujours à échapper à la sonde. Si par accident une hémorrhagie survenait par suite de la division des vaisseaux et qu'elle devînt inquiétante, on cautériserait l'ouverture béante de ceux-ci avec le nitrate d'argent ou enfin avec un stylet rougi au feu.

Imperforation de l'anus. — L'extrémité inférieure du tube intestinal peut offrir une oblitération complète qui résulte de l'imperforation de la peau au niveau de l'anus, et alors le rectum se termine en cul-de-sac à sa partie inférieure, ou bien une partie ou la totalité de cet intestin manque. Dans le premier cas, il contracte des adhérences avec le sacrum ; dans le second, c'est l'extrémité inférieure du côlon qui forme un cul-de-sac et adhère au sacrum près l'angle sacro-vertébral. Il ne faut pas croire cependant que l'imperforation de l'anus accompagne toujours l'imperforation ou l'absence du rectum. Cet orifice existe parfois chez les enfants dont le rectum est oblitéré. Aussi est-ce une circonstance à laquelle il faut faire la plus grande attention lorsqu'on remarque des signes de rétention des matières fécales. Dans le cas où le rectum existe, mais où l'anus est imperforé, il suffit, pour donner issue au méconium, de faire une ponction avec un bistouri droit dans le point où l'anus doit exister, et au sommet de cette petite tumeur qui proémine à chaque effort fait par l'enfant. Puis il faut empêcher la cicatrisation de la plaie extérieure au moyen de mèches de charpie.

Mais quand le rectum est oblitéré dans une grande partie de son étendue, l'opération est fort difficile, dangereuse, et rarement couronnée de succès. M. Dieulafoy, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, a réussi cependant dans un cas de ce genre, le 8 mai 1848 ; l'opération fut faite avec l'assistance des docteurs C. Vigurie et Laforgue. Le 25 octobre, l'enfant se portait parfaitement. On n'a à choisir qu'entre l'établissement d'un anus artificiel à la partie antérieure de l'abdomen, ou dans le lieu même où l'anus devrait exister. La première opération est plus facile, mais l'infirmité dégoûtante qu'elle laisse après elle doit faire donner la préférence au procédé d'Amussat.

Je conduisis à Amussat un jeune enfant chez lequel cette imperforation existait, et cet habile chirurgien pratiqua une de ces opérations hardies qui seules, à mon avis, doivent être tentées dans un

cas semblable. Elle consiste à établir artificiellement un anus dans le lieu où cet orifice naturel devrait être placé. Pour cela, après avoir disséqué les parties jusqu'à l'intestin, il attira celui-ci, l'ouvrit, et le fixa au pourtour de l'orifice anal, à l'aide de quelques points de suture. Amussat compte déjà un succès, mais l'enfant dont je parle, qui fut opéré le second, succomba. On comprend combien, malgré ses dangers, cette opération est préférable à l'établissement d'un anus artificiel, qui voue le malheureux qui le porte à une vie misérable. En effet, ou l'enfant succombe, ou bien, si on le rachète à la vie, il ne la paiera pas par un supplice de tous les instants. M. le docteur Gasquet d'Ollioules (Var) opéra un enfant dans la région périnéale avec succès [1].

Persistance du trou de Botal. — La persistance de l'orifice interauriculaire du cœur et du canal artériel ne produit pas d'accidents particuliers pendant les premiers jours de la vie extra-utérine, parce que la qualité du sang, à cette époque, est en rapport avec le besoin des organes; mais s'il existe en même temps une pléthore sanguine considérable, ce vice de conformation, joint à l'impossibilité ou à l'extrême difficulté de l'établissement de la respiration, produit la cyanose par défaut d'oxygénation du sang. Ce défaut peut néanmoins avoir lieu aussi sans la persistance du trou de Botal, et lorsque le sang, en traversant les poumons, n'y subit pas les modifications vitales nécessaires. Dans l'incertitude où l'on se trouve alors sur la cause de la cyanose, il faut agir comme si elle dépendait d'une congestion sanguine vers le cœur et les poumons, tenir l'enfant près d'un feu clair, et frotter doucement la tête et tout le corps avec de la flanelle fortement chauffée. J'ai pu observer un cas qui se rapporte très-certainement à cette imperfection d'organisation, chez l'enfant de madame la B. de R*** né avant terme. L'enfant teta assez bien pendant les premières heures, puis, malgré les soins hygiéniques les mieux administrés, il commença à s'affaiblir et à se cyanoser, la respiration perdit de son activité. M. Trousseau fit électriser l'enfant par M. Duchenne de Boulogne, mais sans effet.

Vices de conformation de la moelle épinière.

L'*amyélie*, ou absence complète de la moelle, coïncide toujours avec celle du cerveau. Dans le cas d'anencéphalie, le cordon rachidien se trouve brusquement tronqué au niveau du quatrième ventricule; la protubérance annulaire existe encore, de telle sorte que le cœur et les poumons, qui reçoivent l'influence des nerfs qui partent du

[1] *Union médicale*, 16 juin 1860.

bulbe rachidien ou de l'extrémité supérieure de la moelle, peuvent fort bien exécuter les fonctions pendant quelques heures.

L'*hydrorachis* (*spina-bifida*) consiste en une ou plusieurs tumeurs situées le long de la colonne vertébrale, au niveau de l'écartement des apophyses épineuses, et résulte d'une accumulation de sérosité contenue dans un sac formé par la peau et les méninges. La tumeur oblongue, molle, disparaissant par la pression, peut être située sur différents points du rachis : tantôt la peau qui la recouvre est intacte, et l'on ne distingue la tumeur que par la fluctuation et la sensation d'écartement des vertèbres, et alors les enfants peuvent vivre fort longtemps avec elle; tantôt la peau est très-mince, transparente, marbrée, et ne tarde pas à s'ulcérer et à donner issue au liquide ; tantôt, enfin, la tumeur est ouverte; les bords sont ulcérés, fongueux, durs, appliqués contre les bords de la bifurcation vertébrale, et le fluide épanché s'écoule en quantité variable. Ces deux dernières variétés sont plus communes que la première. Dans ces cas, l'inflammation des méninges survient promptement et cause la mort. Ainsi, les symptômes du *spina-bifida* sont ordinairement nuls tant que la tumeur n'a pas de communication avec l'air, et ne comprime trop fortement ni la moelle ni le cerveau. Il faut donc bien se garder de l'ouvrir, et se contenter d'exercer dessus une compression douce et graduelle. J'ai dessiné un *spina-bifida* à la Clinique et j'ai présidé en ville à la naissance d'un enfant chez lequel l'affection était arrivée à cette dernière période. Tous les deux ont succombé en quelques heures.

Vices de conformation du crâne et du cerveau.

L'*acéphalie*, ou absence complète du cerveau, ne se rencontre que lorsque la tête, la face et la partie supérieure du cou manquent en même temps.

L'*anencéphalie* consiste dans l'absence d'une partie du cerveau, avec ou sans absence de la cavité crânienne; elle présente plusieurs degrés : ou les hémisphères cérébraux sont atrophiés, ou le cervelet seul et les couches optiques existent, ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, le crâne et le cerveau manquent en même temps, et le front se termine au niveau des rebords orbitaires, donnant ainsi à la tête de l'enfant l'aspect de celle d'un animal.

Celui que je fus à même d'observer, et que je fus obligé d'extraire par suite de l'excès de volume du tronc, paraît appartenir à l'espèce des monstres désignés par M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire [1] sous le nom

[1] *Histoire des anomalies de l'organisation*. Paris, 1836, t. II, p. 317 et suiv.

de *pseudencéphaliens*, et au deuxième genre (*thlipsencéphale*), monstruosité la plus commune de celles qui atteignent l'encéphale.

Sur la tête on remarque l'absence de la voûte crânienne, non pas absence complète, comme cela a lieu le plus ordinairement, mais au moment où l'encéphale a été atteint par la maladie qui l'a détruit, il y a eu destruction d'une partie de cette voûte, et les pariétaux, le frontal et l'occiput, déjà assez développés, sont pour ainsi dire revenus sur eux-mêmes, se sont épaissis, ainsi que la base du crâne. Le cuir chevelu a aussi été détruit dans le même point que les os. La masse encéphalique n'existe plus, et ses différentes parties sont remplacées par une substance molle, fibreuse, revêtue par une membrane résistante. Cette tumeur est divisée en plusieurs lobes, et composée d'une série de sinus gorgés de sang, et de diverses cavités plus ou moins considérables, laissant écouler un liquide séro-sanguinolent. Les cloisons, d'apparence fibro-celluleuse, sont toutes fortement adhérentes à la membrane externe de la tumeur, membrane qui se continue aussi sur le périoste des os de la base du crâne, et se perd insensiblement sur le pourtour de cette base dans le cuir chevelu. Dans ce point, la peau présente l'apparence qu'elle a sur les bords d'une cicatrice.

Par quoi est constituée cette masse fibro-celluleuse, si ce n'est par les vaisseaux crâniens et la pie-mère, lesquels, après que la substance cérébrale se serait atrophiée, auraient acquis un développement considérable. Telle est, au reste, l'opinion de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, et cette pièce vient de tout point la confirmer. Il y a près d'un siècle, Morgagni a décrit un monstre anencéphalien exactement semblable à celui-ci [1]. En effet, en examinant la partie de la moelle allongée qui subsiste et l'origine de la moelle épinière, on voit la base de cette masse rouge et vasculaire se perdre peu à peu sur ces derniers organes sous la forme d'une membrane rougeâtre, épaisse, mais qui ne tarde pas à reprendre plus loin la finesse et la coloration de la pie-mère.

Quant aux nerfs, presque tous ceux qui prennent leur origine dans l'intérieur du crâne et sur le bulbe rachidien semblent réduits à leur névrilème et à une substance intérieure rougeâtre comme le reste de la tumeur encéphalique. Cette disposition était surtout visible dans les nerfs optiques et dans les nerfs de la sixième, septième, huitième

[1] *Epistolæ anatomicæ*, Lugduni B. 1741, in-4. 20e lettre, traduite par M. Boys de Loury dans un rapport fait avec M. Devergie sur un mémoire très-intéressant présenté par M. Gery à la Société de médecine de Paris sur un cas d'anencéphale prétendu acéphale. L'auteur y établit les différences sensibles qui existent entre l'acéphalie et l'anencéphalie.

paire. Deux seulement paraissent avoir conservé leur composition normale : ce sont les branches frontales de l'ophthalmique. Il est impossible de suivre les nerfs optiques au delà de leur point d'entre-croisement, au-devant de la selle turcique.

M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire attribue la cause et l'origine de ce genre de monstruosité à quelque accident grave survenu pendant la grossesse, à une chute, à des tentatives d'avortement, enfin à des impressions morales vives et dont l'effet se serait longtemps continué. Elle peut, selon cet auteur, être regardée aussi comme le résultat d'une hydrocéphalie.

Dans le cas qui nous occupe et d'après l'inspection de la pièce, on est conduit à penser que cette monstruosité peut avoir été causée par une hydrocéphalie, comme le pensait Béclard. C'est, en effet, la supposition la plus admissible, car la mère, pendant la grossesse, n'avait éprouvé aucun accident.

Maintenant peut-on attribuer cette difformité à des impressions morales vives? Les circonstances dans lesquelles se trouvait la mère de cet enfant pourraient peut-être autoriser une semblable manière de voir.

Cette femme, non mariée, déjà âgée, et quoique dans une position de fortune satisfaisante, avait été vivement affectée, dès qu'elle s'était vue enceinte, de la crainte du ridicule attaché à son état et de la perte de sa réputation, d'autant plus compromise qu'elle habitait une petite localité où il lui aurait été bien difficile d'échapper aux investigations de la famille et des voisins.

Pendant les premiers mois de sa grossesse, elle avait été constamment tourmentée par ces craintes, et ce n'est que sur les derniers mois qu'elle commença à s'habituer à l'idée d'être mère.

Faut-il admettre avec M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, et bien d'autres, que cette impression morale vive a pu, dans ce cas, influer sur la conformation du produit? Les enfants meurent en général au moment de leur naissance ; j'ai pu cependant en observer un mis au monde par M. Sassay, de Vitry-sur-Seine ; il vécut dix mois, allaité par une nourrice.

L'*hydrocéphale congénitale* se distingue le plus ordinairement par le développement quelquefois considérable de la masse cérébrale et des os du crâne, causée sans doute par une inflammation des méninges, une sécrétion très-abondante de leur sérosité, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des ventricules, ou une sorte d'hypertrophie nutritive. L'hydrocéphale coexiste souvent avec l'hydrorachis. L'enfant présente alors une ou plusieurs tumeurs le long de la colonne vertébrale, avec une tête volumineuse. La maladie ne donne lieu à

aucun symptôme morbide. Lorsqu'elle est peu considérable, elle reste parfois stationnaire jusqu'à une époque assez avancée de la vie, et détermine même une activité singulière de l'intelligence chez les enfants; mais si dans les hydrocéphales volumineuses la maladie augmente, cette activité est remplacée par un état de destruction de l'organe cérébral et d'anéantissement, que la mort suit de près. M. Simonnot a observé dans le service de M. Honoré un cas de ce genre.

On a conseillé contre l'hydrocéphale les frictions mercurielles, mais elles ne doivent avoir une utilité réelle que lorsqu'il se développe des symptômes de méningite aiguë ou chronique. Il serait bon aussi d'employer les bains, les dérivatifs sur le tube digestif, aux extrémités, les diurétiques, etc. Quant à l'hydrocéphale stationnaire, elle ne demande que des soins hygiéniques, et surtout l'éloignement de toute excitation cérébrale.

Encéphalocèle. — Il existe parfois entre les os du crâne des intervalles plus ou moins considérables qui dépendent, ou de ce qu'il y a chez eux un arrêt de développement, ou de ce que le cerveau, proportionnellement trop volumineux, comme dans l'hydrocéphale, empêche leur rapprochement. Alors on voit cet organe faire une véritable hernie à travers les fontanelles écartées. On reconnaît la nature de cette tumeur à sa mollesse, à son volume moins considérable que celui du céphalæmatome, à la forme générale du crâne, à l'écartement de ces os, et surtout à la situation de la hernie, qui occupe toujours un point correspondant à l'une des fontanelles, principalement à l'antérieure et supérieure. Ce diagnostic est important, afin de ne pas confondre cette maladie avec une tumeur sanguine du crâne, dans laquelle on serait tenté de plonger le bistouri, ce dont il faut bien se garder ici; la compression même serait nuisible, et l'on doit se borner à couvrir modérément la tumeur et à la protéger contre les chocs extérieurs. Du reste, cette maladie coexiste presque toujours avec l'hydrocéphale, et entraîne tôt ou tard la mort de l'enfant.

CINQUIÈME PARTIE

DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE DES ENFANTS DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'AU SEVRAGE.

CHAPITRE PREMIER.

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.

ARTICLE Ier.

DES CIRCONSTANCES QUI PEUVENT FAIRE ESPÉRER QU'UNE FEMME POURRA NOURRIR.

Avant la naissance de l'enfant, on a déjà à s'occuper de son éducation. S'il doit prendre un lait étranger, le choix de la nourrice est facile : l'état de l'enfant, de la nourrice, et toutes les circonstances que je mentionnerai permettent en général de faire un bon choix à l'avance. Il n'est pas aussi facile d'établir d'une manière certaine, pendant la grossesse, qu'une femme sera bonne nourrice : j'ai vu des femmes grandes, fortes, aux seins bien développés, qui présentaient enfin toutes les apparences des meilleures nourrices, et qui cependant, une fois accouchées, n'avaient pas de lait ; tandis que j'en ai vu d'autres, faibles, délicates en apparence, qui, ayant voulu nourrir, malgré toutes les représentations, ont fait de très-beaux élèves. En général, il est rare qu'une femme ne puisse pas nourrir quand elle est d'une bonne santé, et si elle use de toutes les précautions que je recommanderai à ce sujet.

On pourra donc laisser à une mère l'espoir qu'elle pourra nourrir, quand elle sera d'une bonne santé, quand elle ne sera pas affectée de maladies qu'elle pourrait transmettre à son enfant, quand son sein, d'un volume ordinaire, sera parsemé de veines bleuâtres (comme on le pense bien, cette condition n'est pas rigoureuse), quand l'aréole sera élevée, le mamelon saillant, et surtout quand quelques gouttes d'un liquide séro-lactescent s'en écouleront par une légère pression. Elle devra aussi être d'un naturel peu irritable, et dans une condition qui ne l'expose pas à des émotions trop vives et trop fréquentes ; être

logée à une exposition convenable, et surtout habiter la campagne l'été. Mais si elle était d'un tempérament trop lymphatique, ou douée d'une trop grande sensibilité, quand bien même les qualités physiques qui prouvent qu'elle sera bonne nourrice se rencontreraient chez elle, on devrait la dissuader de nourrir.

On lui en démontrera l'impossibilité absolue si elle ne peut quitter la ville pendant la belle saison, et surtout si elle habite un quartier resserré, un rez-de-chaussée humide, où le soleil ne pénètre pas.

Mais quoiqu'on doive prendre, avant tout, en grande considération toutes les circonstances que je viens de relater, il en est une d'une grande valeur : c'est l'abondance de cette liqueur lactescente, le colostrum qui s'écoule par le mamelon pendant la grossesse. L'abondance du lait après l'accouchement est dans un rapport à peu près constant avec celle du colostrum, et les qualités de ce dernier peuvent permettre, dans bien des circonstances, de préjuger celles du lait.

Telles sont les conclusions qu'on doit tirer, d'après les travaux de M. Donné [1], de l'examen du colostrum. Ces expériences, je les ai répétées : elles m'ont donné à peu près les mêmes résultats.

Ainsi quand, à la fin de la grossesse, par la pression, on ne pourra réussir à faire sortir qu'une légère goutte de colostrum du mamelon, on doit craindre que le lait ne soit en bien petite quantité.

Examiné au microscope, ce colostrum présente très-peu de globules laiteux ; ils sont petits et irréguliers ; enfin il ne contient qu'une très-petite quantité de corps granuleux.

Si ce colostrum, aqueux, clair, coule facilement et avec abondance des seins, on devra craindre que le lait, qui sera abondant, ne soit pauvre et peu nourrissant, et surtout qu'il ne tarisse quelques jours après l'accouchement.

Enfin, quand le colostrum s'écoule facilement, tache le linge de la mère en jaune plus ou moins foncé, surtout quand on a pu en obtenir quelques gouttes dans une cuiller, qui, après un léger repos, présentent des stries jaunâtres qui semblent plus consistantes que le reste du liquide, on sera en droit de regarder par avance le lait comme très-bon.

Ce colostrum contient une grande quantité de globules laiteux et de corps granuleux.

On comprend cependant que ces signes sont quelquefois trop fugaces pour qu'on doive porter un jugement fondé exclusivement sur

[1] *Conseils aux mères sur l'allaitement et sur la manière d'élever les enfants nouveau-nés*, Paris, 1846, p. 39.

ce mode d'investigation, et le préférer à l'exclusion de tous les autres; en effet, il ne peut en aucune manière éclairer sur les vices que le lait peut présenter. Ainsi, avant que je me sois occupé par moi-même de ces recherches, qui certes ne sont pas sans intérêt et sans utilité, j'ai fait analyser le lait d'une femme de la Clinique par M. Donné. Il supposa ce lait celui d'une très-bonne nourrice. Elle était phthisique. Combien de fois aussi n'ai-je pas vu des femmes être considérées comme ne pouvant pas nourrir, parce que le colostrum qui s'écoulait de leurs seins était peu abondant et pauvre, et qui cependant ont été de très-bonnes nourrices.

L'examen microscopique, en résumé, donne le plus ordinairement des résultats avantageux quand il s'agit de constater la richesse du lait ou certaines de ses altérations; c'est donc un moyen auquel il faut recourir. Mais il ne doit venir qu'en aide aux autres moyens, car il ne permet pas de reconnaître toutes les altérations que le lait peut subir, et il ne peut à lui seul servir de base à un jugement dans une circonstance aussi importante.

ARTICLE II.

DES SOINS A PRENDRE PENDANT LA GROSSESSE POUR FACILITER L'ALLAITEMENT.

Une des circonstances qui rendent le plus souvent l'allaitement difficile, douloureux, impossible même, c'est le défaut de saillie du mamelon.

Dans ce cas, un enfant, quelle que soit sa force, éprouve beaucoup de peine à saisir le bout du sein et à exercer la succion; les efforts qu'il est obligé de faire sont, dans la plupart des cas, inutiles, et le plus souvent déterminent du muguet. Cette affection est, en général, innocente en ville; mais comme elle fait beaucoup souffrir les enfants qui en sont affectés, on est obligé de leur donner une autre nourrice. Enfin, quand même l'enfant échapperait à cette affection, il ne pourrait se nourrir en s'efforçant de teter un sein dont le mamelon est rentré, et il faut encore recourir à un lait étranger.

Il est facile pendant la grossesse, surtout en s'y prenant dès les premiers mois, de modifier cet état particulier du sein et de rendre l'allaitement possible.

Le défaut de saillie du mamelon, son enfoncement, dépendent ou d'une disposition naturelle, ou sont déterminés par la pression exercée par les vêtements; et alors, dans l'un et l'autre cas, il suffira, pour allonger le bout du sein, de placer à nu, sur chaque sein, un petit chapeau de buis ou de caoutchouc qui présente à son centre

un enfoncement de la forme d'un dé à coudre, dans lequel vient se loger le mamelon. A l'extrémité de cet enfoncement est un petit orifice pour laisser échapper le colostrum, s'il vient à s'en écouler.

A l'aide de ce procédé, la pression exercée sur les seins, loin d'être désavantageuse, fait au contraire saillir le mamelon, qui s'engage et se moule dans l'enfoncement du chapeau.

Je me suis constamment bien trouvé de cette précaution dans les cas où aucun autre accident n'est venu entraver l'allaitement. L'application de ce petit instrument ne cause pas d'incommodités, il tient sans être fixé par aucun moyen particulier.

On a aussi conseillé la succion exercée par un adulte ou par un enfant déjà fort. La succion exercée par l'adulte peut avoir quelque avantage dans les dernières semaines ; mais, outre que cette succion, en général, exercée avec trop de force, peut irriter le mamelon et déterminer des engorgements des seins, il s'en faut qu'elle ait l'avantage que j'ai toujours accordé à l'action du chapeau de buis. Quant à la succion exercée par un enfant âgé de quelques mois, c'est un moyen précieux après l'accouchement, mais qu'il ne faut pas songer à employer avant la montée du lait; car cette succion, pour avoir quelque utilité pendant la grossesse, doit être exercée souvent et longtemps; et alors, quand même on voudrait soumettre un pauvre enfant à un aussi dur exercice, il se rebuterait immédiatement, aussitôt qu'il sentirait que ses efforts pour attirer le lait sont inutiles.

ARTICLE III.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL.

Suivant le vœu de la nature, la mère est destinée à nourrir l'enfant qu'elle vient de mettre au monde, et, outre qu'elle trouve dans l'accomplissement de ce devoir une sorte de jouissance, il est de son intérêt et de celui de son enfant de l'accomplir.

Mais, à cette règle générale, il faut apporter bien des restrictions ; car si cette loi naturelle est tout à fait applicable à la femme qui, née à la campagne, y vit et y respire un air pur, se livre à des travaux qui développent ses forces et entretiennent sa santé, et dont la vie régulière s'écoule au milieu du calme, l'est-elle aux mères nées au sein de nos grandes cités (et je veux bien supposer ces mères exemptes des agitations inséparables du séjour d'une grande ville)? cette loi, dis-je, peut-elle être tout à fait applicable aux femmes dont la vie languissante s'écoule loin du soleil, privées d'un air pur, au milieu de ces agglomérations humaines?

Ici tout est fatigué ! L'exercice si nécessaire à la nourrice et à l'enfant, il faut souvent l'aller chercher si loin de chez soi, qu'on se prive de sa salutaire influence, et qu'après avoir passé les heures consacrées au sommeil au milieu d'un air vicié, la mère et l'enfant y restent encore plongés une partie du jour.

Je ne parle là, bien entendu, que des mères qui, fuyant le monde, se consacrent tout entières à l'éducation de leur enfant. Eh bien ! celles-là mêmes ne sont pas, pour la plupart, dans les conditions qu'on doit désirer pour une nourrice.

C'est une vérité que les médecins qui s'occupent le plus d'accouchements sont à même de constater chaque jour. Combien ne voit-on pas de femmes qui n'arrivent péniblement à l'accomplissement de la tâche qu'elles se sont imposée qu'au détriment de leur santé et quelquefois au détriment de celle de leur enfant; qui, amaigries, souffrantes, ne peuvent jamais se remettre des fatigues d'une nourriture accomplie dans de mauvaises conditions ! Combien aussi n'en voit-on pas qui, exténuées, sont obligées de cesser l'allaitement, parce que l'enfant dépérit à leur sein !

Cependant je suis bien loin de proscrire l'allaitement maternel pour toutes les mères de nos grandes villes; j'en vois souvent qui nourrissent avec succès, mais seulement parce qu'elles se trouvent ou se placent dans les conditions qui, selon moi, sont indispensables pour assurer le succès d'une nourriture.

Exemptes d'occupations, d'inquiétudes, elles vivent éloignées du centre de la ville, près d'une promenade, ou mieux encore elles passent huit à neuf mois de l'année à la campagne, c'est-à-dire presque tout le temps de leur nourriture.

J'en vois aussi qui, ne se trouvant pas dans ces conditions favorables, parviennent à accomplir leur tâche tant bien que mal; mais c'est là l'exception.

Quelques femmes, fort dévouées à leurs enfants, se privent du bonheur de les nourrir, dans la crainte de se montrer à leur mari sous un jour peu poétique; qu'elles se rassurent, dans l'aisance, il est on ne peut plus facile de tout concilier, d'être bonne mère, sans risquer de désaffectionner son mari. Il n'y a de peu poétique dans l'éducation d'un enfant que les soins matériels de sa personne; au contraire, rien n'est plus touchant, rien ne me paraît plus propre à resserrer les liens d'affection entre mari et femme, à élever la femme aux yeux de l'homme, que de voir l'enfant puiser à son sein la vie et la santé. Que la jeune mère laisse donc les soins matériels à la bonne d'enfant; qu'elle se contente de donner le sein, et il se rencontrera peu d'hommes qui ne la chérissent et ne l'admirent.

Aussi, toutes les fois seulement qu'une mère d'une bonne constitution ne sera pas affectée de vice héréditaire qu'elle pourrait transmettre à son enfant, et qui, sous l'influence de l'allaitement, pourrait prendre un accroissement préjudiciable à la mère elle-même, quand cette mère sera secondée par ceux qui l'entourent; qu'elle habitera un logement bien exposé, au midi surtout, et qu'il n'y aura pas obligation pour elle de séjourner à la ville pendant les beaux jours, je lui permettrai et même je l'encouragerai à nourrir son enfant; mais en exigeant d'elle certains soins, certaines précautions que je vais énumérer, et dont l'omission, malgré les conditions les plus favorables d'ailleurs, peut compromettre le succès de l'allaitement. De plus, cette détermination de nourrir devra être volontaire et spontanée. Si la mère, en allaitant son enfant, n'accomplissait qu'un devoir et ne se résignait à prendre ce soin que pour céder aux exigences de sa famille et de son mari, il faudrait s'opposer de tout son pouvoir à ce qu'elle nourrît.

ARTICLE IV.

DES PRÉCAUTIONS ET DES SOINS QU'EXIGE L'ALLAITEMENT MATERNEL.

§ 1. — A quelle époque doit-on présenter l'enfant au sein.

L'enfant est à peine né, que déjà il réclame par ses cris la nourriture qui lui est nécessaire, sa bouche cherche à saisir tout ce qui s'en approche.

Faut-il attendre pour le présenter au sein, suivant l'habitude de quelques médecins, que plusieurs heures, qu'un jour ou deux se soient écoulés, enfin que la sécrétion laiteuse se soit établie? Non, sans doute, je ne partage pas du tout cette manière de voir; car les enfants ont, à l'époque de la fièvre de lait, bien plus de peine à saisir le mamelon, qui est effacé par la tension des seins; et d'ailleurs l'alimentation artificielle, à laquelle on est obligé d'avoir recours pour attendre la montée du lait, nuit plus ou moins à l'enfant. Aussi j'ai l'habitude de faire présenter l'enfant au sein aussitôt que la mère a pris quelques heures de repos.

§ 2. — Conduite à suivre quand l'enfant éprouve de la difficulté à prendre le sein.

Chez les nouvelles accouchées qui nourrissent pour la première fois, quelquefois malgré l'usage des bouts de sein que j'ai conseillé pendant la grossesse, le mamelon n'est pas assez saillant pour que l'enfant puisse le saisir facilement; d'autres fois l'enfant est trop faible pour exercer une succion assez active. Dans ce cas, il faut

visiter la langue de l'enfant pour s'assurer qu'il n'a pas le frein trop étendu. S'il en était ainsi, on en opérerait la section. (Voyez page 1007.)

Se faire aider par une nourrice. — Si, au contraire, la langue est bien déliée, il faut mettre une grande persévérance et présenter très-souvent l'enfant au sein, et bientôt il finit par exercer la succion. Mais, soit faiblesse de l'enfant ou maladresse de sa part, soit enfin que le mamelon ne puisse être saisi, s'il arrive que l'enfant ne peut teter, le moyen le plus efficace, selon moi, de remédier à ces inconvénients, c'est de louer pendant quelques jours une nourrice dont les bouts soient bien formés, et qui amène avec elle son enfant assez fort, mais aussi jeune que possible. Alors, toutes les fois qu'on veut faire teter le nouveau-né, on place d'abord au sein de la nouvelle accouchée l'enfant de la nourrice, qui bientôt allonge les bouts du sein et fait monter le lait, puis on retire cet enfant, et l'on y place immédiatement le nouveau-né qui ne tarde pas à teter à son tour.

Mais ce moyen ne réussit pas toujours dès la première fois. Le nouveau-né se rebute après quelques efforts de succion. Alors on persiste pendant quelques minutes, puis on le place au sein de la nourrice, pour l'alimenter, pour récompenser ses efforts, pour lui faire comprendre qu'ils ne sont pas inutiles, enfin pour lui apprendre à teter.

Il est rare qu'on soit obligé de continuer l'usage de ce moyen. Plus de trois ou quatre jours, souvent même un jour suffisent.

Enfants qui se laisseraient mourir de faim. — J'ai déjà insisté sur les précautions à prendre en pareil cas pour exciter l'enfant et le forcer à teter, et j'ai dit que, si l'on concluait de ce repos que l'enfant n'a pas besoin d'être alimenté, et si l'on ne prenait pas les moyens nécessaires pour le tirer de ce sommeil léthargique, on le verrait bientôt passer du sommeil à la mort.

De la nécessité d'un bon sommeil. — Beaucoup de jeunes mères, par une tendresse mal entendue, tiennent à se charger jour et nuit de tous les soins qu'exige leur enfant, et de plus, au moindre cri de celui-ci lui présentent le sein à chaque instant, comme pourrait le faire une nourrice robuste.

Un pareil système ne tarde pas à porter ses fruits; les forces s'épuisent, le lait tarit, et il faut recourir à une nourrice étrangère.

Un sommeil calme et suffisamment prolongé est indispensable pour réparer les forces de la nourrice, et, dans l'intérêt de l'enfant lui-même, il faut l'éloigner de sa mère pendant le temps qu'elle prend un repos si nécessaire.

En effet, l'enfant profite du bien-être de la mère elle-même; il

trouve un lait plus abondant, et il prend un repos qui ne lui est pas moins nécessaire qu'à elle. Si, au contraire, on laisse prendre à l'enfant, dès les premiers jours, l'habitude de teter la nuit, il se réveille exprès pour teter, et bientôt il ne quitte plus le sein de toute la nuit.

Comment supposer que les forces d'une femme du monde, surtout si elle est délicate, pourront suffire à un pareil régime ? Toujours je l'ai vu avoir des conséquences plus ou moins fâcheuses.

Tandis que les mères qui ont voulu suivre mes conseils à ce sujet, et qui ont consenti à se séparer de leur enfant, ou tout au moins à ne pas lui donner à teter pendant six ou sept heures de nuit, ont en général élevé sans fatigue des enfants forts et bien portants.

Ainsi donc, la mère devra donner le sein pour la dernière fois à onze heures ou minuit, et son enfant ne devra lui être rapporté qu'à six ou sept heures du matin. Bien entendu qu'il lui sera très-utile, surtout si elle a l'habitude d'un sommeil prolongé, de prendre quelque repos avant et après ces deux époques.

Mais un enfant nouveau-né prend peu de lait chaque fois qu'il tette, surtout pendant les premiers jours qui suivent sa naissance; aussi il est nécessaire de suppléer pendant la nuit au lait de la mère par un peu de lait de vache coupé avec moitié eau sucrée.

Le plus ordinairement l'enfant ne se réveille d'abord qu'une ou deux fois quand sa santé est bonne; puis l'aliment qu'on lui donne quand il se réveille étant peu de son goût, il finit par dormir autant de temps que sa mère.

L'enfant doit-il coucher auprès de sa mère ? — L'exécution de ces précautions est bien difficile, impossible même si l'enfant couche auprès de sa mère. Au moindre cri, malgré la plus ferme résolution prise à l'avance de ne pas donner le sein, la mère ne peut résister au besoin qu'elle éprouve de calmer son enfant, et elle lui donne à teter. Il faudrait qu'elle eût un courage peu commun, ou qu'elle fût bien impassible, pour l'entendre crier pendant un temps assez long sans chercher à le calmer; et il faut bien savoir que, quoique presque tous les enfants s'habituent à ne pas teter la nuit, il en est aussi qui ne cèdent pas aussi facilement. Dans tous les cas, les deux ou trois premières nuits sont pénibles à passer; mais, une fois l'habitude contractée, l'enfant ne s'en porte que mieux.

Aussi, il est beaucoup plus raisonnable de confier l'enfant à une personne étrangère pendant la nuit, tout au moins pendant les premiers jours.

§ 3. — L'allaitement maternel donne lieu à bien plus de difficultés et d'embarras que l'allaitement par les nourrices.

Tous les soins, toutes les précautions que je recommande me paraissent d'autant plus nécessaires, qu'il faut bien convenir que la mère qui nourrit son enfant s'impose une tâche bien difficile, bien pénible à remplir. Il est bien simple de se décharger de tous ces soins sur une nourrice. Malgré les embarras qu'une femme étrangère suscite quelquefois, il n'y a pas la moindre comparaison à établir. Ces inconvénients, on peut d'ailleurs les éviter facilement en exerçant sur la nourrice une surveillance active, et il faut bien savoir aussi qu'une nourrice sur lieu n'est plus, comme jadis, une ennemie domestique dont on craignait de se défaire avant la fin de la nourriture.

En général, si, en prenant une nourrice chez soi, on n'écarte pas tous les inconvénients, on évite certainement les plus graves. L'allaitement s'établit plus facilement, le nouveau-né trouve chez la nourrice la quantité de lait nécessaire ; il n'est pas besoin de recourir d'aussi bonne heure à une alimentation artificielle, et si quelques difficultés inhérentes à la nourrice se présentent, on en prend une autre qui se trouve dans de meilleures conditions.

Et il est bien démontré que cela peut se faire sans aucun inconvénient pour l'enfant ; j'en acquiers l'intime conviction chaque jour.

Je reviendrai plus en détail sur toutes ces considérations à l'occasion de la nourrice sur lieu.

CHAPITRE II

ALLAITEMENT PAR LES NOURRICES.

ARTICLE Ier.

CHOIX D'UNE NOURRICE.

Le choix d'une bonne nourrice est difficile, car rien n'est plus rare que de rencontrer, chez la même femme, toutes les qualités désirables. Aussi le médecin ne doit-il pas se laisser imposer par l'apparence extérieure, pour ne s'attacher qu'aux conditions vraiment importantes, que seul il est à même de bien apprécier.

On tient, en général, trop de compte d'une belle apparence, parce

que c'est la condition que les gens du monde peuvent le plus facilement apprécier. Il est vrai que l'apparence extérieure s'accorde souvent avec l'existence d'une bonne santé ; mais cela n'a pas toujours lieu, et il faut bien savoir aussi que certaines femmes, qui ne sont pas douées de qualités physiques avantageuses, possèdent souvent celles qui caractérisent une bonne nourrice, et méritent d'être préférées aux premières.

En effet, le tempérament lymphatique, que l'on doit le plus s'attacher à éviter chez une nourrice, est celui qui cependant se lie le plus souvent avec la blancheur de la peau, la perfection des formes.

On peut résumer ainsi les qualités qu'on doit exiger, autant que possible, d'une nourrice à laquelle on confie un enfant nouveau-né.

Elle doit être jeune, née de parents sains, être d'une bonne santé, bien développée de corps, avoir de belles dents ; il faut que ses seins soient assez prononcés, parsemés de veines bleuâtres, et surtout que les bouts en soient bien formés ; il faut qu'elle soit alerte, propre, d'un bon caractère, et qu'elle ne soit pas d'un esprit trop obtus ; enfin qu'elle ne soit pas trop impressionnable, trop nerveuse. Si l'enfant doit être nourri sur lieu, la femme de campagne est celle qui réunit les meilleures conditions ; sa constitution est plus robuste, sa santé meilleure, son moral moins impressionnable, et c'est le seul choix qu'on puisse faire, si l'enfant est confié à la nourrice chez elle. En effet, les conditions hygiéniques où se trouve la femme de campagne, sa manière de vivre, celle de sa famille, sont inappréciables.

Pour cette dernière, on devra s'assurer aussi si elle est heureuse en ménage, si son habitation est saine, enfin, on devra exercer sur elle la plus active surveillance, et exiger d'elle certaines précautions indispensables au succès d'une nourriture, et que j'énumérerai plus loin.

§ 1. — Age de la nourrice.

Autant que possible, la nourrice doit être âgée de vingt à vingt-cinq ans, trente ans même : avant cette époque, sa constitution résisterait moins facilement aux fatigues et à l'épuisement que détermine souvent l'allaitement ; après trente ans, il est à craindre qu'elle n'ait pas conservé les qualités qui la rendaient propre à nourrir. La sécrétion du lait est moins abondante ; ce liquide est aussi de moins bonne qualité. Cependant, s'il n'est pas raisonnable de choisir une nourrice qui a dépassé trente ans, une mère, surtout si elle a déjà nourri, peut très-bien, dans ces conditions, donner le sein à son propre enfant.

Une de mes clientes, femme du monde, nourrit avec succès son douzième enfant.

§ 2. — Constitution de la nourrice.

La nourrice doit être exempte de toute affection aiguë ou chronique; on doit rejeter celle qui est maigre, d'une trop grande stature, dont la poitrine n'est pas évasée et bien développée, dont l'extrême blancheur de la peau coïncidant avec la couleur foncée des cheveux, la largeur des mâchoires, etc., ferait craindre une prédominance du tempérament lymphatique. La femme brune, au contraire, dont la peau sera plus ou moins colorée, excepté aux seins, qui doivent toujours être plus blancs que le reste de la peau, remplit les meilleures conditions.

Celle qui est blonde ne doit pas être rejetée, tant s'en faut, surtout si son extérieur annonce la santé et la vie; elle sera tout aussi bonne nourrice qu'une femme brune. Toutes les femmes blondes ne sont pas lymphatiques; c'est un préjugé contre lequel on ne saurait trop s'élever. J'ai vu tant de femmes blondes être très-bonnes nourrices, et tant de brunes lymphatiques au sein desquelles les enfants dépérissaient, que je demeure convaincu que le tempérament lymphatique très-prononcé se rencontre aussi bien chez les unes que chez les autres.

§ 3. — De l'état des dents.

De belles dents sont, en général, l'indice d'une bonne santé; cependant cette règle souffre des exceptions, et l'on voit journellement des femmes qui ont de fort belles dents ne réunir aucune des conditions qui caractérisent une bonne nourrice; tandis que d'autres, dont les dents sont mauvaises, jouissent de la santé la plus parfaite; et, dans ce dernier cas, les dents ont été détériorées par une affection locale, étrangère à la santé générale.

Cependant il me semble préférable de refuser une nourrice dont les dents sont mauvaises, parce que son haleine est souvent fétide, ses digestions laborieuses, la mastication étant imparfaite, et que les douleurs que lui fait éprouver la carie des dents dérangent souvent sa santé.

§ 4. — L'examen de la nourrice doit être complet.

On ne saurait apporter trop de soins à s'assurer de l'état de la santé de la nourrice, avant de lui confier la *vie* de l'enfant qu'elle doit allaiter : il faut, pour cela, ne pas se contenter de l'aspect extérieur, mais procéder à un examen complet de sa personne. Cette

précaution, toute rigoureuse qu'elle puisse paraître, est cependant de la dernière nécessité; son omission a bien souvent causé les accidents les plus graves et compromis la vie du jeune enfant, alimenté par un lait impur. En vain objectera-t-on que les bons renseignements donnés sur la nourrice, sa manière de vivre, sa bonne foi, pourront garantir sa bonne santé.

En présence d'une circonstance aussi grave, les renseignements ne doivent être acceptés que pour ce qu'ils valent : la nourrice elle-même, dans sa bonne foi, peut ignorer son état de santé. Le médecin doit être seul juge en pareille occasion.

On examinera donc s'il ne se trouve sur la surface du corps aucune cicatrice, aucune tache, si les organes génitaux ne sont pas le siége de pustules, d'écoulements suspects, et ne portent pas les traces d'affections syphilitiques récentes ou anciennes.

Et, dans le cas où l'examen ne serait pas complétement satisfaisant, la nourrice devra être rejetée.

§ 5. — Des nourrices primipares.

On doit accorder la préférence à la nourrice qui a déjà élevé un ou plusieurs enfants ; elle a acquis plus d'expérience et peut offrir, par ses nourritures antérieures, des renseignements précieux sur la quantité, la durée de son lait, sur son intelligence, son caractère, sa propreté, etc.

§ 6. — Des nourrices filles-mères sur lieu.

Une fille de campagne, honnête d'ailleurs, qu'une seule faute a conduite à se faire nourrice, doit-elle être rejetée? Non, sans doute; je dirai même, qu'excepté la primiparité, elle me paraît réunir les conditions les plus favorables.

Libre de sa personne, elle est exempte des préoccupations du ménage et s'attachera plus à sa position et à son nourrisson ; on ne craindra pas avec elle l'influence du mari, ses exigences, ses visites ; enfin, on sera plus certain de la conserver jusqu'à la fin de la nourriture, et même comme bonne d'enfant tandis que la femme mariée peut se voir obligée de quitter sa place par suite d'un ordre de son mari.

J'ajouterai, en outre, que les maris habitant les grandes villes, et dont les femmes sont nourrices sur lieu, exigent tout ou partie de leurs gages et dissipent par désœuvrement ce qu'elles gagnent. Le caractère, la santé de la nourrice souffrent des contrariétés que lui cause cet état de choses.

J'ai été si souvent témoin de ces faits, que, pour mon compte, à

mérite égal, je préfère la fille-mère; et dans l'intérêt de la nourrice elle-même, je l'engagerai toujours à ne pas quitter son ménage, à moins que son mari ne soit absorbé par les rudes travaux des champs.

§ 7. — De l'âge du lait.

Le lait d'une nouvelle accouchée est celui qui doit être préféré pour l'enfant qui vient de naître. En effet le colostrum qu'il contient facilite l'évacuation du méconium; puis, par sa consistance, le premier lait est le plus en rapport avec les besoins de l'enfant et ses facultés digestives; mais, à côté de ces avantages, se rencontrent bien des inconvénients, pour la nourrice sur lieu surtout. Ainsi, la nourrice nouvelle accouchée n'est souvent pas assez bien remise de sa couche pour donner à l'enfant, d'une manière suivie, tous les soins qu'il réclame en naissant. La fatigue ôte à son lait ses bonnes qualités. Aussi, est-il bon dans l'intérêt de chacun, de prendre une nourrice qui soit accouchée au moins depuis six semaines.

Un lait trop âgé n'est plus tout à fait en rapport avec les besoins du nouveau-né; et, à ce sujet, il ne faut pas croire, avec les bonnes femmes, que le lait se rajeunit sous la bouche du jeune nourrisson. Ce lait expose, en outre, à l'inconvénient de changer de nourrice, si le lait diminue de quantité après un certain temps.

§ 8. — Du lait et des moyens de constater sa quantité et ses qualités.

Avant de constater les qualités du lait, il était indispensable d'apprécier l'état de santé de la nourrice, la nature de son caractère, etc.; car les seins, étant des organes pour ainsi dire en dehors de l'économie, peuvent sécréter un lait présentant toutes les qualités désirables et cependant appartenir à une femme que sa constitution, ou toute autre cause, devrait faire rejeter comme nourrice; mais, une fois qu'elle convient sous tous les autres rapports, il est de la dernière importance de ne pas l'admettre alors avant de s'être assuré si elle possède un lait suffisamment abondant et de bonne nature.

Constater l'abondance du lait n'est pas une chose aussi facile qu'on pourrait le croire; car l'on doit se mettre en garde contre la ruse, l'ignorance des nourrices, et aussi tenir compte de certains accidents qui peuvent diminuer momentanément la quantité du lait.

Ainsi les nourrices se présentent le plus ordinairement à l'examen du médecin avec un sein bien développé, bien rempli; elles se plaignent que leur lait les gêne et le font rayer avec abondance; mais

elles ne se présentent souvent avec cet avantage que parce qu'elles sont restées à dessein très-longtemps sans donner à teter.

Il peut arriver aussi qu'une excellente nourrice vienne se soumettre à cet examen après un voyage long, pendant lequel son enfant a épuisé son sein : enfin que le changement de climat, d'habitude, l'inquiétude, le regret de la famille, l'idée de se séparer de son enfant, lui aient fait momentanément perdre son lait. Un seul examen est donc insuffisant; il faut voir la nourrice à l'œuvre, comme le dit très-judicieusement M. Richard (de Nancy)[1]. Si l'enfant puise au sein souvent avec une quantité de lait qui le rassasie, si ce sein ne se vide jamais complétement, on peut croire que le lait sera suffisamment abondant.

Si, au contraire, on remarque que l'enfant est inquiet, s'agite au sein, le quitte et le reprend en donnant des signes visibles d'impatience, crie après avoir teté, au lieu de s'endormir ; s'il vide le sein en totalité, il faudra en conclure que la quantité de lait est insuffisante à la nourriture de l'enfant; mais, je le répète, un seul examen ne suffit pas pour arriver à cette conviction, car ces phénomènes peuvent n'être que momentanés.

Au reste, le plus sûr moyen d'arriver à un bon résultat, dans le choix d'une nourrice, serait de n'arrêter que conditionnellement celle qui conviendrait sous tous les autres rapports, afin de constater à loisir la quantité, j'ajouterai même les qualités de son lait.

Les qualités du lait sont encore bien plus difficiles à apprécier par avance; et je ne crois pas qu'à l'aide du microscope il soit possible de résoudre complétement la question. C'est un moyen d'investigation qu'il ne faut certainement pas négliger, mais il est loin de lever toutes les difficultés. Certains principes insaisissables qui font que tel lait convient à tel enfant et non à tel autre, la *vie*, si je puis m'exprimer ainsi, dont le lait n'est que le véhicule, échapperont toujours à l'analyse. J'ai vu souvent, à la Clinique, des femmes regardées comme bonnes nourrices, à la suite d'un examen microscopique, qui n'ont pu réussir à élever leurs propres enfants. J'ai vu le contraire arriver tout aussi souvent.

J'avoue que j'attache beaucoup plus d'importance, pour mon compte, et en cela je partage tout à fait l'opinion du docteur Maigne, à l'examen de l'enfant de la nourrice. Son état de santé, sa coloration, sa vie, l'état de son ventre, de sa tête et de ses membres inférieurs, me paraissent surtout propres à éclairer la question et à faire préjuger des qualités du lait de la nourrice.

[1] *Traité sur l'éducation physique des enfants*. Paris, 1860, in-8.

Néanmoins, je suis bien loin de rejeter l'analyse microscopique : si je ne la regarde pas comme suffisante à elle seule pour éclairer la question, si je crois qu'on lui a donné trop d'importance dans ces derniers temps, je la crois cependant fort utile dans bien des circonstances.

Composition du lait.

Le lait se compose de plusieurs substances distinctes, le caséum, qui fait la base des fromages, le sucre de lait et un grand nombre de sels. Toutes ces parties sont en dissolution, et elles tiennent en suspension une substance solide, la matière grasse ou butyreuse qui constitue le beurre.

Toutes ces parties ne présentent à l'œil nu qu'un liquide blanc, plus ou moins consistant ; mais, examinées au microscope, elles présentent une multitude de grains ronds, transparents, nageant dans un liquide. Ces globules sont constitués par la matière grasse du lait.

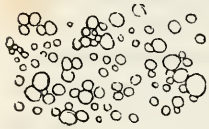


Fig. 271. — *Globules laiteux sans mélange.*

Telles sont les parties constituantes d'un lait pur ; il faudra donc, en partant de cet examen, se méfier d'un lait qui contiendrait d'autres corps que les globules laiteux : sa pureté est plus ou moins altérée par la présence de ces corps. Le lait qui présente cet aspect exige un examen particulier avant d'être accepté. Je m'occuperai plus tard de cette circonstance.

Des propriétés nutritives du lait, ou de sa richesse et de sa pauvreté.

Les globules du lait étant constitués par la partie grasse, nutritive du lait, on comprend que le nombre de ces globules doit représenter assez exactement la richesse du lait, d'autant plus qu'on est en droit de supposer que le caséum et le sucre sont dans les mêmes proportions que la partie butyreuse.

De plus, dans un lait riche, les globules sont assez volumineux, tandis que, dans le lait pauvre, ils sont petits et disséminés.

Le lait qui se présente sous ce dernier aspect, est impropre à la nourriture de l'enfant ; il ne lui fournit pas tous les éléments réparateurs, nécessaires à son développement.

L'enfant pâlit, ses chairs sont molles ; et si ce lait pauvre est très-abondant (circonstance qui est assez propre à induire en erreur sur les qualités du lait), les digestions de l'enfant sont laborieuses, il est pris de diarrhée verdâtre, circonstance qui, comme on le sait, indique toujours un état de souffrance des voies digestives.

Un lait qui présente une trop grande quantité de globules, qui, en un mot, est trop riche, peut aussi être en disproportion avec les besoins de l'enfant auquel il est donné. Cette circonstance ne se présente pas ordinairement pour la mère qui nourrit son enfant; la nature, dans ce cas, a en général eu soin de mettre l'alimentation en rapport avec les besoins du nouvel être. Mais elle peut se présenter souvent pour les nourrices de campagne qui allaitent un enfant de la ville, dont la constitution, souvent délicate, n'est plus en rapport avec celle de sa nourrice, et cette circonstance se manifestera d'autant plus que le lait de la nourrice sera plus âgé.

La nature se charge, il est vrai, de parer en partie à cet inconvénient, en donnant à l'enfant la faculté de rejeter le surplus du lait qui n'est pas nécessaire à sa nutrition, et chacun sait que la plupart des enfants rejettent souvent d'assez grandes quantités de lait, sans en être incommodés. *Bien rejetant, bien venant*, disent les nourrices. Il y a beaucoup de vérité au fond de ce proverbe, puisque les enfants ne rejettent que dans les cas où ils ont pris une trop grande quantité d'un lait riche; il reste dans l'estomac ce qui suffit amplement à leur alimentation.

Cependant quelques enfants en petit nombre ne sont pas doués de la faculté de rejeter le trop de lait qu'ils ont pris. Dans ce cas, les digestions sont laborieuses, les enfants sont pris de coliques et rendent des garde-robes verdâtres.

Lorsqu'on suppose que c'est cette circonstance qui détermine le mauvais état de l'enfant, ou si l'analyse microscopique est venue éclairer à cet égard, il faut régler les repas de l'enfant, éloigner les époques de l'allaitement, et ne laisser prendre à l'enfant que la quantité de lait qu'on croit lui être nécessaire.

Par ce moyen on arrivera à remédier aux effets de la trop grande richesse du lait. L'enfant aura tout le temps de digérer le lait qu'il aura pris ; mais, de plus, on diminuera la richesse du lait par son séjour plus prolongé dans les seins.

On pensait que le lait devenait d'autant plus épais, d'autant plus nutritif, qu'il séjournait plus longtemps dans les seins. M. Péligot a démontré tout le contraire, et il est facile de vérifier l'exactitude de ses recherches. En analysant le premier lait qui s'échappe du sein et celui qui est extrait le dernier, au moment où la nourrice le sent *monter*, on constatera que le lait devient d'autant moins épais qu'il a séjourné plus longtemps dans les seins.

§ 9. — Des altérations du lait[1].

Altération du lait par le colostrum.

Les qualités du lait constatées, il est important de s'assurer qu'il n'est altéré par aucun produit morbide, ni par la persistance des éléments du colostrum. *A priori*, le microscope permet de décider une question que l'état de l'enfant ne tarderait pas à éclairer.

Le lait n'est véritablement, définitivement constitué qu'après la fièvre de lait. Avant cette époque, ce liquide ne contient que des globules laiteux, plus ou moins bien formés, unis entre eux par une matière visqueuse ; il contient aussi des corps granuleux.

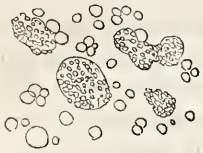


Fig. 272. — *Lait altéré par les éléments du colostrum.*

Le premier lait, ainsi constitué, possède une vertu purgative qui détermine chez le nouveau-né l'évacuation du méconium.

On comprend dès lors que si le lait, après avoir produit cet effet salutaire sur les organes digestifs de l'enfant, conserve, après la fièvre de lait, ses propriétés purgatives, la santé de l'enfant devra en être altérée.

Cette circonstance n'est pas cependant très-rare. Chez certaines femmes, le lait ne se dépouille jamais en totalité des éléments du colostrum ; aussi voit-on les enfants dépérir à leur sein.

On devra donc rejeter la nourrice chez laquelle on rencontrerait ce genre d'altération, après la fièvre de lait. L'examen microscopique peut seul permettre dans ce cas d'éclairer la question *immédiatement*, car ce lait ne diffère en rien, à la vue, du lait le plus riche et le plus pur ; en l'absence de microscope, l'état de l'enfant ne tarderait pas à révéler dans le lait cette persistance des éléments du colostrum. Il est sans cesse affecté de diarrhées séreuses et verdâtres, qui ne tarderaient pas à compromettre sa santé et sa vie même, si l'on ne se hâtait de substituer à ce lait altéré un lait de bonne nature.

Cette altération n'est quelquefois que passagère, elle peut être déterminée par un léger état de souffrance de la nourrice, et cesser au retour de la santé. Si l'on examine en effet le lait d'une très-bonne nourrice, à différentes époques de sa nourriture, on trouvera souvent ce genre d'altération dans son lait, et l'on observera que cette circonstance se lie toujours avec une altération momentanée

[1] Voyez Chevallier et Henry, *Mémoire sur le lait, sa composition, ses modifications, ses altérations*. Paris, 1839, in-8.

de la santé de la nourrice, qui réagit aussi sur celle de l'enfant. J'ai pu bien souvent constater ce fait, et je le crois de nature à tenir l'observateur sur ses gardes; car, dans ce cas, l'effet produit par cette altération momentanée n'exerce qu'une influence passagère sur l'enfant; elle est donc sans importance. Je dirai plus, elle peut quelquefois être utile en déterminant un léger relâchement du ventre.

Ce n'est donc que dans le cas où cette altération serait permanente que la nourrice doit être rejetée ou changée; mais, pour constater ce fait par l'analyse microscopique, il faudrait revenir souvent à cet examen, et l'on comprend tout ce que cela aurait d'incommode. Heureusement que, comme je l'ai dit, ces recherches qui sont utiles quand on choisit une nourrice qui a perdu son enfant, ne sont plus satisfaisantes que pour l'esprit, quand la nourrice a son enfant; car pour juger des qualités du lait dans le cours d'une nourriture, l'état de santé de la nourrice et celui de l'enfant permettent d'établir, bien plus sûrement que tout autre moyen, si le lait convient ou non au nourrisson.

Altération par le pus.

Ce genre d'altération se rencontre dans les cas où la glande mammaire devient le siége d'abcès superficiels ou profonds : dans le premier cas, il est facile, avant l'ouverture de l'abcès, de soupçonner l'altération que cet accident a dû faire subir au lait; mais dans le second cas, quand l'abcès est profond, il peut influer sur les qualités du lait, avant qu'on ait soupçonné son existence, quoique cela soit fort rare : dans ce cas, l'analyse microscopique peut seule révéler la présence du pus dans le lait, et éclairer sur la cause qui altère la santé de l'enfant.

On remarque alors au milieu des globules laiteux qui sont réguliers dans leurs contours, transparents au centre, solubles dans l'éther et l'alcool, d'autres corps ayant tous la même dimension; ils sont irréguliers, comme frangés, et insolubles dans l'éther et l'alcool, tandis qu'ils sont dissous par l'ammoniaque qui ne peut dissoudre les globules laiteux, et colorés en jaune par le contact de l'eau iodée, qui n'a aucune action sur les globules laiteux[1].

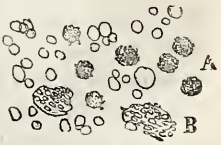


Fig. 273. — *Lait mêlé de pus* A *et de colostrum* B.

Enfin, à ces globules de pus à cause du mauvais état de santé de la nourrice, viennent se joindre les corps granuleux du colostrum B.

Les désordres produits dans la santé de l'enfant par une sembla-

[1] Donné, *Cours de microscopie*. Paris, 1844, in-8.

ble altération du lait sont faciles à prévoir; aussi est-ce une pratique sage, quand ces accidents se manifestent chez une mère nourrice, de faire cesser immédiatement l'allaitement par le sein affecté.

Et, dans l'intérêt de la mère, il ne faut pas croire, comme on le pensait autrefois, qu'il soit indispensable d'exercer la succion sur un sein qui est le siége d'un travail inflammatoire. Certes, il est inutile de prévenir l'engorgement de la glande par la succion; mais dès que cet engorgement a eu lieu, surtout quand un abcès s'est formé, la succion, loin de soulager la mère, ne ferait qu'aggraver les accidents, et je suis certain que le plus grand des abcès qui se manifestent dans ces circonstances ne sont dus qu'à cette habitude si répandue de vouloir dégorger le sein enflammé.

Le sein doit être laissé en repos, et couvert de cataplasmes émollients que l'on a soin de renouveler très-souvent, etc.

§ 10. — Des rapports de l'enfant avec la nourrice.

Régler l'allaitement. La plupart des nourrices, surtout celles qui sont abondantes en lait, ayant à honneur de faire un bel élève, si elles sont abandonnées à elles-mêmes, gorgent leur nourrisson à chaque instant du jour et de la nuit; avec ce régime l'enfant prend quelquefois beaucoup plus d'embonpoint qu'on ne doit le désirer; ses chairs sont molles, empâtées; mais souvent aussi il est pris de diarrhées verdâtres, qui ne tardent pas à altérer sa santé.

Il est donc très-important, quel que soit l'âge de l'enfant, de distribuer régulièrement ses repas : ils doivent être assez éloignés l'un de l'autre, pour que la digestion ne soit pas troublée par l'arrivée d'une nouvelle quantité de lait dans l'estomac.

Mais, comme les besoins de l'enfant ne sont pas les mêmes aux diverses époques de la nourriture, cette méthode devra être modifiée suivant l'âge de l'enfant et suivant sa force : ainsi, dans les premiers jours qui suivent la naissance, l'enfant prend souvent une si petite quantité de lait chaque fois qu'on le présente au sein, qu'il est nécessaire de l'y présenter souvent : toutes les deux heures, par exemple. Pour les enfants d'un grand appétit, ou qui sont faibles, les repas doivent être encore plus rapprochés. Quant à la quantité de lait que l'enfant doit prendre, elle ne peut être déterminée; l'enfant de lui-même se retire du sein quand il a suffisamment teté. Le plus ordinairement même il s'endort, quand son repas est terminé.

Comme on le pense bien, cette méthode ne peut pas toujours être observée; ainsi, quand l'enfant dort, on ne le réveille pas quand

l'heure de son repas est arrivée ; on attend qu'il se réveille, à moins cependant, comme je l'ai dit, que le sommeil ne se prolonge trop, auquel cas il faut le réveiller pour le présenter au sein ; de même quand l'enfant est souffrant, on n'a souvent d'autre moyen de calmer ses cris que de lui donner à teter.

Les six premières semaines écoulées, on commence à étendre les intervalles des repas. L'enfant souvent de lui-même ne manifeste ses besoins que toutes les trois ou quatre heures, surtout quand il trouve à chaque repas une quantité suffisante d'un lait nourrissant.

La nourrice doit-elle allaiter pendant la nuit? La plupart des femmes du monde qui nourrissent leur enfant ne sont pas assez fortes pour résister aux fatigues de l'allaitement, pendant le jour et la nuit ; la privation de sommeil ne tarderait pas à altérer leur santé, et, par suite, à diminuer leur lait, et même à le faire perdre entièrement. Mais il n'en est pas de même de la nourrice : d'une constitution plus robuste, exempte des préoccupations de la vie, des soins domestiques, elle peut se reposer dans le jour bien plus facilement que la mère-nourrice. Aussi doit-elle, surtout dans les premiers jours qui suivent la naissance, allaiter l'enfant la nuit. Mais doit-elle au moindre cri de l'enfant lui présenter le sein? Non, sans doute; il faut exiger de la nourrice qu'elle ne donne à teter que deux ou trois fois par nuit ; le difficile est d'être obéi : la nourrice, à demi éveillée, trouve bien plus commode d'apaiser l'enfant en lui présentant le sein, que de supporter ses cris jusqu'à ce qu'il se rendorme, et l'enfant alors se réveille incessamment tout exprès pour teter, reste pendu toute la nuit au sein, tandis qu'il eût pris la salutaire habitude d'un sommeil régulier, si l'on avait pu obtenir de la nourrice qu'elle ne lui présentât le sein qu'à certaines heures de la nuit.

Malheureusement la mère ne peut éviter cet écueil qu'en surveillant elle-même pendant les premières nuits, ou en faisant surveiller par une personne de confiance, l'organisation de la nuit. Cette précaution est d'autant plus importante que la nourrice qui laisse contracter à l'enfant l'habitude de teter toute la nuit, le couche presque toujours avec elle; et il ne s'agit plus là d'une habitude qu'on peut à la rigueur tolérer, car chacun sait combien d'enfants ont péri ainsi, étouffés par la nourrice.

Il faut donc exiger que l'enfant soit couché dans son berceau ; menacer la nourrice de la changer, si elle garde l'enfant avec elle, et ne pas hésiter à accomplir cette menace, si l'on n'est pas obéi.

§ 11. — L'enfant jusqu'à cinq à six mois ne doit être nourri exclusivement que de lait.

Une bonne nourrice peut, en général, suffire à la nourriture d'un enfant jusqu'à cinq à six mois; celle qui sera moins abondante en lait devra y suppléer en donnant à l'enfant une certaine dose de lait de vache, coupé avec de l'eau pure, bien préférable, selon moi, à la décoction de gruau. Bien entendu que ce lait devra être d'autant moins coupé que l'enfant sera plus avancé en âge.

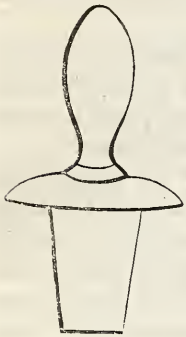


Fig. 274.

Les boissons peuvent être données à l'enfant en le faisant boire au verre ou à l'aide du biberon, que je préfère. Les plus faciles à entretenir propres doivent être préférés. Celui qui m'a paru jusqu'à ce jour le plus commode n'est autre qu'une espèce de bec de flageolet en ivoire, monté sur un bouchon, qui peut se placer sur toute espèce de flacon. Il

Fig. 275. Fig. 277. Fig. 279.

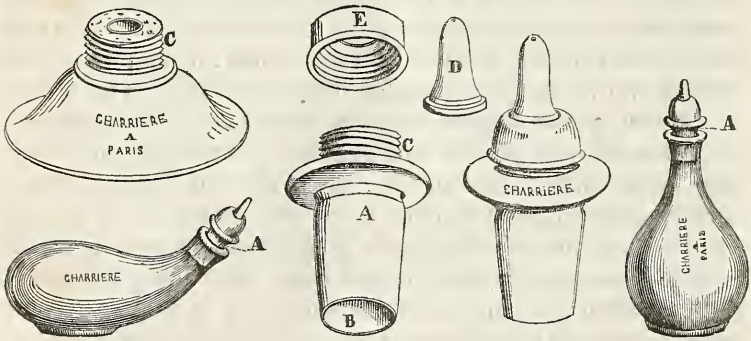


Fig. 276. Fig. 278. Fig. 280. Fig. 281.

se trouve chez tous les tabletiers et est inaltérable. On peut encore se servir avec avantage de ceux de Charrière (en ivoire ramolli), de Darbo (en liége), et enfin de madame Breton (en tétine de vache).

A quelle époque l'enfant doit-il commencer à manger? — Ce n'est que vers cinq à six mois qu'il convient de commencer à faire manger l'enfant. Cependant si le lait de la mère ou celui d'une nourrice à laquelle on devrait, sous tous les autres rapports, tenir beaucoup, était insuffisant pour alimenter l'enfant, malgré l'addition du lait de vache, on pourrait lui donner, dès l'âge de trois mois, des bouillies légères, préparées avec la farine cuite au four, etc., et données deux

fois par jour. Quant à la quantité, elle peut être évaluée chaque fois à la contenance d'une petite soucoupe de tasse à café.

Vers cinq à six mois donc on peut commencer à faire manger les enfants, en y mettant une certaine réserve; mais si avant cette époque, dans la vue de les rendre vigoureux et rebondis, on les empâte de soupes épaisses et copieuses, on les expose aux accidents les plus graves, les convulsions et la gastro-entérite.

Cette dernière affection, qui est la conséquence la plus immédiate de cet excès de nourriture, peut en peu de jours, en peu d'heures même, quand la diarrhée est abondante, amener la mort.

Quels doivent être la nature des aliments et l'ordre des repas? — Pour tracer à ce sujet une règle de conduite aussi exacte que possible, je vais prendre l'enfant à cinq à six mois, bien portant, et examiner successivement le régime alimentaire auquel il doit être soumis de mois en mois, jusqu'au sevrage, en modifiant ce régime suivant la force et la constitution du sujet et celles de ses parents.

De cinq à sept mois, deux petits potages au lait clairs doivent suffire. On emploiera pour ces potages alternativement la fleur de farine de froment cuite au four, la crème de riz, la fécule de pomme de terre, l'arrow-root, le tapioka, la biscotte. Dans le cas où l'enfant serait trop relâché, on insistera sur la crème de riz; dans le cas contraire, sur la fécule; quand l'enfant, légèrement indisposé, pourra cependant prendre des aliments, l'arrow-root, plus léger, conviendra mieux à son estomac.

Si l'enfant, né de parents d'une constitution sanguine et bilieuse, participe lui-même à cette constitution, autant que cela se peut chez un enfant, où la prédominance lymphatique existe presque toujours, on s'en tiendra au régime lacté. Si, au contraire, l'enfant était issu de parents chez lesquels le tempérament serait lymphatique plus ou moins prononcé, il faudrait, dès cette époque même, introduire dans son alimentation l'usage du bouillon et des jus de viandes.

Mais les enfants de cet âge ont, en général, une très-grande répugnance pour ces sortes d'aliments, et presque toujours on se voit forcé, pour les y habituer, de mélanger au lait sucré une petite quantité de bouillon qu'on augmente chaque jour jusqu'à ce qu'on arrive au bouillon pur. Ce moyen m'a constamment réussi.

De sept mois jusques et après le sevrage on pourra faire aussi usage de la semoule, du vermicelle, et sur les trois petits potages que pourra prendre l'enfant, un ou deux, suivant les aptitudes de son estomac, devront être au bouillon. De la mie de pain trempée dans du jus de viandes rôties pourra remplacer avec avantage un de ces potages gras. Il en est de même de la gelée de viandes.

Un peu d'eau rougie sucrée, dans laquelle on fait tremper un peu de pain, constitue un aliment tonique qui ne peut qu'être utile à l'enfant. Cet aliment, qui peut très-bien remplacer le potage du milieu du jour, a cela d'avantageux aussi qu'il est facile à transporter à la promenade.

§ 12. — Du régime de la nourrice.

Si le régime à faire suivre à l'enfant demande toute la sollicitude du médecin et toute celle des parents, celui de la nourrice n'est pas moins important pour l'enfant.

Du choix des aliments. — On attachait autrefois une très-grande importance à ce qu'une nourrice ne prît pas tel ou tel aliment : les crudités, la salade, les fruits, etc., et ces substances étaient tout à fait proscrites. Cet excès était aussi blâmable que celui tout contraire dans lequel sont tombés quelques auteurs modernes, qui, niant, contre l'évidence, l'influence de certaines substances sur le lait, et, par suite, sur l'état physique de l'enfant, en permettent indistinctement l'usage. *Tout aliment, quel qu'il soit, bien digéré*, disent-ils, *convient à la nourrice;* mais convient-il au nourrisson? Ne voit-on pas tous les jours l'enfant être pris de coliques toutes les fois que sa nourrice a pris tel ou tel aliment qu'elle digère cependant très-bien? C'est un fait si facile à observer, si commun, qu'il faut vraiment, pour avancer le contraire, avoir eu bien peu l'occasion d'observer l'enfant au berceau.

J'acquiers chaque jour la conviction que le choix des aliments n'est pas indifférent; mais quelles substances doivent être préférées? Celles qui conviennent à l'enfant. Quelles autres doivent être proscrites? Celles qui lui causent du malaise. C'est une étude à faire. La mère ne doit s'en rapporter qu'à elle pour cette appréciation, et jusqu'à ce qu'elle soit faite, on pourra permettre à la nourrice de faire usage de tous les aliments qui constituent le régime habituel du pays où l'on se trouve, sans en excepter l'usage modéré de la salade et des fruits.

De même, en consultant les goûts ou les habitudes de la nourrice, on lui permettra l'usage du vin, de la bière, du cidre, de l'eau même.

L'important est qu'elle ne fasse pas un usage exclusif de tel aliment qui ne se présente sur nos tables qu'exceptionnellement, et qu'elle mange avec modération. Aussi, à ce sujet, on ne saurait trop s'élever contre l'habitude de certaines maisons opulentes, où, dans l'intention de donner aux nourrices un lait plus substantiel et plus nourrissant, on les soumet à un régime trop succulent, on excite leur appétit par la variété et l'excellence des mets.

Ces femmes, habituées à une vie sobre, souvent à une vie de privations, surchargent leur estomac et nuisent à leur santé.

Des évacuations des nourrices. — La nourrice qui passe d'une vie active au grand air à une vie sédentaire au centre d'une ville est souvent exposée à de la constipation, ou à un relâchement intestinal. Quelquefois aussi ce changement d'existence détermine chez elle le retour des règles. Il est fort important d'être éclairé à cet égard, ces conditions étant de nature à influer sur la santé de l'enfant. Mais peut-on s'en rapporter seulement aux renseignements fournis par la nourrice? La crainte de perdre une bonne condition, celle de se séparer d'un enfant auquel elle s'est attachée, l'engageront le plus souvent à ne pas rendre un compte exact de sa santé.

Il faut cependant, sans affectation, tâcher d'obtenir d'elle quelques renseignements; mais il ne faut pas s'en tenir là; l'examen des garde-robes, celui des urines et du linge fourniront des instructions bien plus utiles.

§ 13. — De la promenade de l'enfant et de la nourrice, et de la surveillance à exercer sur elle.

Dès les premiers jours qui suivent la naissance, si la température le permet, il faut sortir l'enfant chaque jour pendant plusieurs heures. Cet exercice est aussi très-nécessaire à la nourrice. Si la saison est mauvaise, on attendra que l'enfant ait dépassé les premières semaines avant de l'exposer à l'air; mais ce temps accompli, il faudra, même en hiver quand la température ne sera pas trop rigoureuse, le sortir encore pendant quelques instants chaque jour. L'exposition à l'air, au soleil surtout, en ayant soin de couvrir la tête de l'enfant d'un petit chapeau de paille, lui est nécessaire.

Dans le cas où une indisposition de l'enfant s'opposerait pendant plusieurs jours à sa promenade, il faudrait que la nourrice prît l'air pendant quelques instants. Mais doit-on livrer à elle-même la nourrice pendant les promenades? Cela ne me paraît pas prudent : celle dans laquelle on a le plus de confiance ne doit jamais être perdue de vue. Elle devra être surveillée à la promenade par une personne sûre. Dans l'intérieur de la maison, bien qu'elle doive aussi y être surveillée, il ne faut cependant, en la gardant avec soi dans les appartements, l'astreindre à une contrainte si peu en rapport avec ses habitudes; l'ennui ne tarderait pas à altérer son humeur et sa santé. Il faut, au contraire, qu'elle puisse s'égayer à sa manière avec les autres domestiques.

Il est facile de lui laisser à cet égard une apparente liberté qui

la satisfera, sans cesser cependant d'exercer sur elle une surveillance active.

§ 14. — Des rapports des maîtres avec la nourrice.

Il est bien difficile de tracer d'une manière précise la conduite que l'on doit tenir à l'égard des nourrices, les habitudes de chaque maison étant extrêmement variables. On ne peut poser que quelques principes desquels il ne faut jamais s'écarter, si l'on veut conserver la paix intérieure.

La première condition est de donner à la nourrice un gage raisonnable, et cependant assez peu élevé, pour qu'on puisse l'augmenter de temps en temps, si l'on est satisfait d'elle.

La seconde, c'est de lui bien persuader dès le début que vous ne redoutez pas pour votre enfant le changement de nourrice, afin qu'elle ne se croie pas indispensable.

La troisième, de lui rendre la vie aussi douce que possible et de ne pas se montrer d'abord trop indulgent pour être ensuite forcé à la sévérité.

Avec ces précautions, il est rare qu'une nourrice d'un bon caractère ne soit pas satisfaite de ses maîtres, et qu'elle ne les contente pas aussi.

§ 15. — Conseils à donner à la nourrice par rapport à elle et à l'enfant qu'elle allaite.

La nourrice ne doit pas confier son enfant, pour l'allaiter, à une femme étrangère dont l'état de santé ne lui est pas bien connu, car l'enfant peut être infecté par le contact du sein d'une femme infectée.

De même elle ne devra pas donner le sein à un enfant étranger, dont la santé serait douteuse, dans la crainte d'une infection communiquée par la bouche de l'enfant, et, bien qu'il soit parfaitement démontré, par les nombreuses observations de M. Ricord, que les accidents secondaires ne peuvent être transmis de la nourrice à l'enfant et de l'enfant à la nourrice, que les accidents primitifs seuls sont inoculables, il est très-important de ne pas s'écarter de la règle de conduite que je viens de tracer. Dans la pratique, tout accident de nature douteuse doit faire rejeter une nourrice, ou engager celle-ci à ne pas accepter un enfant pour l'allaiter; car une femme infectée constitutionnellement ne peut être une bonne nourrice, et l'enfant d'une femme passée au même degré peut très-bien avoir contracté de sa mère des accidents primitifs non apparents qu'il transmet à sa nourrice. A l'article *Allaitement artificiel* (page 1042), on en trouvera un exemple des plus frappants. Ainsi, toute nourrice affectée de syphilis, à quelque degré que ce soit, doit être rejetée.

Mais quand il aura été bien établi que les accidents présentés par un enfant sont constitutionnels, on pourra sans crainte confier cet enfant à une nourrice. J'ai pu observer, avec mon bon ami Ricord, un enfant infecté par le père au moment de la conception, infecter sa mère pendant la gestation et ne présenter, au moment de sa naissance, que des ulcérations de la bouche passées à l'état secondaire pendant la gestation, et n'être plus transmissibles de l'enfant à la nourrice, qui, pendant dix-huit mois qu'elle a allaité cet enfant, n'a cessé de se très-bien porter. On comprend aussi combien il est important, en médecine légale, que cette question de la non-transmissibilité des accidents secondaires soit élucidée.

Les nourrices, dans les moments où elles ne donnent pas à teter, placent souvent sur leurs seins de petites bouteilles plates, destinées à recevoir le lait qui s'écoule et à préserver les vêtements.

Ce moyen a des inconvénients qu'il est bon de signaler : cette bouteille s'échauffe bientôt par le contact du sein, fait l'office d'une ventouse et favorise l'écoulement d'une assez grande quantité de lait, et cette perte a lieu au détriment de l'enfant et de la nourrice. Des serviettes placées en plusieurs doubles sont préférables.

§ 16. — Des principaux accidents qui peuvent mettre dans l'obligation de changer de nourrice.

Indépendamment de la quantité du lait, de sa qualité, de la santé générale de la nourrice et de ses qualités morales, il est d'autres causes spéciales qui peuvent obliger à changer de nourrice.

Les crevasses ou gerçures des seins, l'engorgement qui en est si souvent la conséquence, le retour des règles, la leucorrhée ou écoulements blancs, enfin l'état de grossesse.

Des crevasses ou gerçures du mamelon. — Les crevasses sont l'écueil contre lequel vient échouer si souvent la tendresse maternelle. On a vanté contre cette excoriation du mamelon par la bouche de l'enfant, une foule de remèdes tous également bons si on cesse de donner le sein, tous inefficacés également si on continue de nourrir.

M. le professeur Bourdel de la faculté de Montpellier s'est très-bien trouvé de la teinture de benjoin étendue légèrement avec un petit pinceau de blaireau. Chaque fois que l'enfant a teté [1], ce serait un moyen précieux, car sans lui la mère qui en est affectée est bien souvent obligée de cesser l'allaitement, tant à cause des douleurs intolérables que lui fait éprouver la succion, qu'à cause des engor-

[1] *Union médicale*, 13 juin 1854.

gements des seins, qui surviennent si souvent à la suite des crevasses, et surtout aussi à cause du dépérissement de l'enfant.

En effet, la souffrance de la mère altère sa santé, et par suite son lait perd ses bonnes qualités; de plus, les efforts de succion que l'enfant est obligé d'exercer pour extraire du sein un lait pauvre, déterminent souvent du muguet. Joignez à cela que l'enfant avale avec le lait le sang qui s'écoule des crevasses; que ce sang est rejeté avec le peu de lait que l'enfant a pu extraire du sein, circonstance qui est prise de prime abord pour des vomissements sanguins et qui inquiète vivement, ou bien que ce sang trouble la digestion et détermine une entérite plus ou moins grave. Toutes ces causes, quand bien même la mère pourrait surmonter ses souffrances, doivent mettre souvent dans l'obligation de lui interdire l'allaitement de son propre enfant.

A plus forte raison, si ces accidents arrivent à une nourrice, ce parti doit-il être pris.

Du retour des règles ou des pertes en rouge. — Le retour des règles est favorisé, chez les nourrices de campagne, par le changement de climat, de nourriture et d'habitudes. Il est donc possible de prévenir cet accident, en tâchant de rapprocher le régime de la nourrice de celui qui lui était habituel. J'ai tracé plus haut la conduite à tenir à cet égard.

Mais si, malgré ces précautions, la nourrice voyait ses règles reparaître à chaque époque, devrait-on dans tous les cas donner un autre lait à l'enfant? Il arrive quelquefois que le retour des règles n'exerce aucune influence sur les qualités du lait, et qu'alors la santé de l'enfant n'est nullement influencée par cette circonstance; mais il est certain que, le plus ordinairement, le retour des règles détermine, tout au moins pendant l'époque menstruelle, chez l'enfant, des digestions laborieuses, des déjections verdâtres accompagnées de coliques, et si, après ce temps, l'enfant reprend sa santé habituelle, il faut bien convenir aussi que ces dérangements périodiques des fonctions digestives peuvent finir par altérer sa santé, et doivent par conséquent éveiller la sollicitude des parents.

C'est donc l'état de l'enfant, comme en tant d'autres circonstances, qui pourra permettre de trancher la question.

Un phénomène assez fréquent chez les nourrices de la ville, rare chez celles de la campagne, c'est l'apparition de petites pertes utérines, à des époques indéterminées. Ces petits accidents reconnaissent pour cause la réaction sympathique des seins sur l'utérus, réaction qui entretient un état de phlogose et de turgescence sanguine dans cet organe.

Les conséquences de ces pertes pour l'enfant sont plus graves que celles des règles, à cause du retour fréquent de ces pertes, et surtout par suite de l'état permanent de souffrance de la nourrice: aussi est-il indispensable, si cet état persiste, de recourir à un lait étranger.

De la leucorrhée. — Les nourrices affectées de pertes blanches, surtout quand ces pertes sont abondantes, fournissent rarement un lait abondant et de bonne qualité; cela dépend-il, comme le pense le vulgaire, de ce que le lait s'écoule en nature par cette voie? Certainement non; mais au fond de cette pensée il y a, à mon sens, beaucoup de vrai.

Car on observe chez presque toutes les femmes affectées d'écoulements blancs, que le lait diminue en proportion de l'abondance de l'écoulement, et *vice versâ*. Cet écoulement, s'il n'est pas constitué par le lait lui-même, n'est produit qu'aux dépens d'une portion des matériaux qui auraient dû servir à former le lait. Il y a donc là une espèce de dérivation nuisible aux fonctions de la glande mammaire, qui doit faire redouter ces écoulements blancs.

Mais ce n'est pas tout : la nourrice affectée de ces pertes ne jouit pas en général d'un état de santé favorable à l'enfant; cette raison, quand elle existerait seule, nécessiterait le changement de la nourrice.

Là encore ce sera la santé de l'enfant qui devra servir de guide.

De l'état de grossesse. — La femme qui nourrit est bien moins apte qu'une autre à devenir enceinte; cependant cette règle souffre de nombreuses exceptions. Aussi faut-il exercer sur la nourrice sur lieu une surveillance active, et doit-on aussi chercher à s'enquérir de l'état de celle qui habite avec son mari.

En effet, l'état de grossesse est une contre-indication formelle à l'allaitement; et quoiqu'on ait vu des femmes continuer de nourrir avec succès à un terme avancé, ce ne sont là que des exceptions très-rares. Le plus ordinairement, dès que la nourrice est enceinte, le lait tarit et acquiert des qualités nuisibles, inappréciables à l'analyse microscopique, mais qui se révèlent par les fâcheux effets qu'elles produisent sur la santé de l'enfant. Cette circonstance se manifeste trop souvent pour être révoquée en doute.

La nourrice devenue grosse devra donc cesser immédiatement l'allaitement.

CHAPITRE III.

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

—

C'est un usage reçu, dans certaines contrées, de ne nourrir les enfants qu'au biberon, et si cet usage se perpétue, c'est que ce mode d'alimentation fournit des résultats avantageux. On comprend très-bien que, bien que l'allaitement artificiel ne puisse jamais être aussi avantageux que l'allaitement naturel, qui fournit à l'enfant une alimentation en rapport avec ses besoins, appropriée à ses facultés digestives et toujours à la même température, il puisse cependant, dans des conditions particulières, remplacer assez avantageusement ce dernier.

Ainsi, un enfant né à la campagne, de parents robustes, placé au milieu des conditions hygiéniques les plus favorables, qu'on alimente avec un lait non altéré, peut parfaitement s'élever.

Mais en peut-il être de même de nos enfants de la ville, privés d'air, de soleil, et auxquels on ne donne le plus ordinairement qu'un lait impur? Non, sans doute ; aussi cette méthode d'allaitement doit-elle être proscrite dans nos villes, à moins de circonstances qui contre-indiqueraient formellement l'allaitement naturel.

Ainsi, si l'enfant naissait infecté d'un vice contagieux, je regarderais comme un devoir à sa mère de le nourrir, ou, dans le cas où cela ne lui serait pas possible, de l'élever avec le lait des animaux.

En effet, le diagnostic différentiel entre les accidents primitifs et les accidents secondaires, pouvant être mal établi par le médecin, et, dans ce cas, le nourrisson pouvant communiquer à la nourrice le virus dont il est infecté, il est plus prudent de le priver du sein, à moins toutefois que le diagnostic ait été établi par un homme compétent.

Je puis citer un exemple bien triste de cette méprise.

Une femme fort bien portante accouche à la Clinique ; nous pûmes constater, lors de son accouchement, que son état sanitaire était très-satisfaisant. Relevée de couches, elle est choisie comme nourrice par une femme de la ville ; l'enfant paraissait très-sain, mais la mère portait des traces non équivoques d'une affection syphilitique.

La malheureuse nourrice, de belle et florissante qu'elle était, revint au bout d'un mois à la Clinique, portant aux seins les preuves

certaines de l'affection qui lui avait été communiquée, affection qui déjà avait fait de tels ravages dans l'économie, que cette pauvre femme était presque méconnaissable.

Pendant près d'une année, elle fut soumise aux traitements spécifiques; elle sortit enfin guérie, mais dans un état de santé qui était encore loin d'être satisfaisant.

A quel lait, dans ce cas, faut-il donner la préférence?

Le lait d'ânesse, par sa constitution, se rapproche le plus de celui de femme : aussi, à ce titre, devrait-il être préféré ; mais la difficulté qu'on éprouve à se le procurer dans certaines localités fait donner la préférence à celui de chèvre ou de vache.

Dans tous les cas, le lait, dans les premiers jours, ne doit jamais être donné pur ; il doit être coupé avec moitié eau très-sucrée, et à une température de 28 à 30 degrés. Ce lait doit être du même animal autant que possible ; il doit être conservé dans un endroit frais, sans avoir été bouilli, et ne doit être chauffé et mélangé à l'eau qu'au fur et à mesure des besoins de l'enfant. Celui qui resterait dans la bouteille, parce qu'il n'aurait pas été pris par l'enfant, devrait être jeté et le flacon bien lavé; en effet, ce lait ne tarderait pas à s'aigrir et à communiquer un mauvais goût au vase, et s'il était donné à l'enfant, il agirait d'une manière fâcheuse sur les organes digestifs.

La quantité de lait est variable, suivant les besoins de l'enfant, et elle augmente en raison de son âge ; il est bien difficile de la déterminer exactement. Cependant, en général, trois verres de lait doivent suffire dans les vingt-quatre heures, pendant le premier mois, et six pendant le second : bien entendu qu'on diminuera progressivement la quantité d'eau jusqu'au deuxième mois, époque à laquelle le lait doit toujours être donné pur ; souvent, avant cette époque, les besoins de l'enfant ont réclamé un ou deux petits potages au lait par jour. Enfin, on se conduira, pour le reste de l'alimentation, comme dans le cas où l'enfant est allaité au sein.

Vers six semaines à deux mois, époque à laquelle l'enfant peut prendre le lait pur, on peut avec avantage le faire allaiter par une chèvre.

Mais il faut renoncer au traitement mercuriel fait par l'entremise du lait de la chèvre ou de la vache à laquelle on aurait administré le médicament. En effet, il résulte des expériences faites par MM. Peligot[1], Lutz et Reveil, à l'hôpital de Lourcine, que le mercure n'a pu être retrouvé dans le lait des femmes et dans celui des animaux soumis à un traitement mercuriel même énergique. M. De-

[1] *Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1852.

vergie avait déjà constaté l'absence de ce métal dans le sang chez des individus placés dans les mêmes conditions. M. Personne réussit seul à en retrouver des quantités infinitésimales.

On comprend, d'après cela, que M. Ricord et M. Cullerier aient renoncé au traitement indirect. M. Cullerier [1], pour le traitement direct, donne la préférence, chez les enfants, au traitement externe, dans la crainte bien légitime d'altérer les voies digestives. Il fait d'abord baigner l'enfant dans l'eau de son, une ou deux fois, puis il fait faire chaque jour une friction avec un gramme d'onguent napolitain, un jour d'un côté de la poitrine jusqu'à l'aisselle, l'autre jour du côté opposé. Deux fois par semaine, les frictions doivent être remplacées par un bain au sublimé, 2 à 4 grammes.

Quant au traitement intérieur, bien plus facile à exécuter s'il peut être supporté, c'est ainsi qu'il est réglé en général par M. Ricord : pendant les deux premiers mois, l'enfant prend, dans les vingt-quatre heures, 1/2 centigramme de proto-iodure de mercure, dissous dans 15 centigrammes d'eau distillée ; une cuillerée à café de cette solution est administrée à l'enfant dans chaque bouteille de lait coupé.

Après le deuxième mois, la dose de proto-iodure est élevée à 1 centigramme et continuée ainsi jusqu'à l'âge d'un an.

Le nouveau procédé de fumigations mercurielles et iodées, pour le traitement des accidents syphilitiques secondaires et tertiaires, que M. Edmond Langlebert a soumis au jugement de l'Académie de médecine [2], peut dans quelques cas venir en aide aux moyens que je viens d'indiquer. Voici en quoi il consiste :

Tout le monde connaît ces petits cônes ou trochisques fumants qui, sous le nom de *pastilles du sérail*, sont employés depuis un temps immémorial, pour vaporiser des parfums. M. Ed. Langlebert a eu l'heureuse idée d'y incorporer soit du proto-iodure de mercure, soit de l'iode pur, et d'en composer ainsi le plus simple de tous les appareils fumigatoires.

Trochisques à l'iodure de mercure.

Charbon de braise finement pulvérisé.	20 grammes.
Azotate de potasse.	3 grammes.
Proto-iodure de mercure.	6 grammes.
Benjoin.	60 centigr.
Mucilage *très-léger* de gomme adragante. . . .	q. s.

Diviser en 12 trochisques de forme exactement conique et faites sécher à l'étuve.

[1] *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1836.

[2] *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1850-1851, t. XVI, p. 1031.

Trochisques à l'iode.

Charbon de braise finement pulvérisé.	20 grammes.
Azotate de potasse.	3 grammes.
Iode.	8 grammes.
Mucilage de gomme adragante.	q. s.

Faites comme ci-dessus 12 trochisques.

Pour employer ces trochisques, il suffit de les allumer par la pointe et de les laisser brûler dans la chambre du petit malade.

CHAPITRE IV.

DE QUELQUES SOINS INDISPENSABLES A LA SANTÉ DE L'ENFANT.

§ 1. — Du sommeil des enfants et de toutes les précautions qui s'y rattachent.

J'ai déjà indiqué (page 1020), à l'occasion du sommeil de la nourrice, les moyens de favoriser chez l'enfant l'habitude d'un sommeil paisible et régulier, si nécessaire à l'entretien de sa santé.

L'importance de ce sujet m'oblige d'y revenir encore dans ce chapitre.

Composition du berceau. — Le berceau de l'enfant nouveau-né sera choisi de préférence en fer, si cela est possible, et dans tous les cas il devra être garni intérieurement d'une étoffe piquée épaisse, destinée à amortir les résistances que la carcasse du berceau pourrait offrir à l'enfant, dans ses mouvements.

Cette garniture a aussi le grand avantage de le protéger du froid; mais elle doit être mobile et en étoffe pouvant se laver, afin d'être changée de temps en temps.

Le fond du berceau sera garni d'un grand coussin en fougère ou varech, sur lequel on placera sur le même plan, à côté les uns des autres, trois petits paillassons remplis de balle d'avoine. Par ce moyen, celui qui est placé au milieu, se mouille presque seul ; de plus, sa dimension permet de le faire sécher bien plus promptement que si les trois paillassons supérieurs étaient réunis en un seul, et l'enfant ne repose pas sur une couche de balle d'avoine imprégnée dans sa totalité par ses urines séchées. Cependant on comprend que les paillassons des extrémités, quoique moins sujets à être mouillés, doivent être aussi exposés chaque jour à l'air et au soleil. Il sera donc nécessaire d'avoir au moins un change complet

de petits paillassons. Enfin, la tête reposera aussi sur un petit oreiller rempli de balle d'avoine ou de crin doux, et la plume sera proscrite rigoureusement : elle échauffe la tête de l'enfant et l'expose aux congestions cérébrales. Dès que l'enfant a contracté des habitudes de propreté, on remplace les paillassons par un coussin de fougère ; le lit ainsi constitué présente un plan résistant favorable au développement régulier de la taille de l'enfant, ne l'échauffe pas et ne favorise pas par conséquent des habitudes nuisibles à la santé. Dans le même but, quel que soit l'âge de l'enfant, il devra toujours être couché les bras hors du lit, non pas que cette précaution soit nécessaire pour l'enfant au maillot, mais parce que, devant être indispensable plus tard, il faut de prime abord en faire contracter l'habitude, si l'on veut réussir. Les bras et la poitrine seront donc recouverts, suivant la saison, de vêtements plus ou moins chauds. Enfin, l'enfant ne devra jamais être laissé seul dans son berceau quand il est endormi, à plus forte raison s'il veille.

C'est à l'aide de ces précautions minutieuses, assujettissantes, qu'on parvient à s'opposer au développement d'habitudes qu'aucun moyen ne peut déraciner, une fois qu'elles sont contractées, qui vouent souvent l'enfant à une vie misérable et languissante, et qui font le désespoir des parents ; c'est à les prévenir que doivent tendre tous les efforts. A quoi bon plus tard l'usage du microscope pour constater, par l'examen des urines, si l'enfant a des habitudes qui ne se décèlent que trop bien sans microscope, et que le microscope ne peut conduire à guérir?

Ces détails pourront paraître trop minutieux à certains esprits ; mais les jeunes médecins consultés journellement par les mères apprécieront toute l'importance de ces conseils, dans ces circonstances qui sont de nature à les embarrasser, parce qu'elles sont en dehors de leurs études habituelles.

Le berceau devra aussi être garni de rideaux et placé en face du jour, pour satisfaire à cette crainte si généralement exprimée, que le jour reçu indirectement fait loucher l'enfant.

L'enfant ne doit dormir que dans son berceau. — Beaucoup de nourrices, de mères surtout, ne placent l'enfant dans son berceau que lorsqu'il s'est endormi au préalable sur les genoux ; cette habitude est nuisible à la santé de l'enfant, et en outre le rend exigeant. Si j'insiste pour qu'aucune fatigue ne soit ménagée quand elle importe à la santé de l'enfant, je m'élève aussi contre les complaisances tout au moins inutiles, si non nuisibles, qui assujettissent les mères, les nourrices, les bonnes, à un esclavage continuel.

Ainsi, l'enfant bien endormi sur les genoux, échauffé par la cha-

leur du corps, se réveille dès qu'il est posé dans son berceau; le changement de température contribue encore à le réveiller et à le maintenir éveillé, et on le reprend de nouveau pour le rendormir; bienheureux si ce manége ne se prolonge pas fort avant dans la nuit!

Il vaut bien mieux placer, dès les premiers jours, l'enfant tout éveillé dans son berceau, et l'y surveiller tout en s'occupant d'autre chose; et l'habituer à s'y endormir au bruit, ou à s'y tenir éveillé jusqu'à ce que le sommeil arrive.

Rien n'est plus facile, si l'enfant se porte bien; rien ne serait plus utile, si son état de santé était moins satisfaisant. Mais il faut bien convenir que, dans ce dernier cas, les raisonnements, les règles les plus sages ne peuvent être suivies; on fait comme on peut pendant la maladie, et l'on revient aux bonnes habitudes, si cela est possible, quand la santé se rétablit.

Une autre circonstance s'oppose encore à la rigoureuse exécution de ces conseils.

Les enfants s'endorment souvent au sein, et dans ce cas il faut bien les déplacer pour les coucher; à moins cependant qu'on ne prenne le parti de ne donner le sein à l'enfant que lorsqu'il est posé dans son lit, ce qu'une de mes clientes fut obligée de faire pour rompre cette habitude.

Son enfant s'endormait toujours au sein, et se réveillait dès qu'on le posait dans son berceau; si bien que la pauvre mère, quoique exténuée de fatigue, se résignait à le conserver sur ses genoux pour qu'il pût dormir. Cet état de chose ne pouvait durer.

J'engageai cette dame à s'astreindre pendant quelques jours à ne donner le sein à l'enfant qu'après l'avoir placé dans son berceau; il cria, refusa le sein; mais bientôt il prit le parti d'accepter les consolations qui lui étaient offertes et s'endormit en tetant.

L'habitude une fois rompue, comme cette attitude de la mère était fort gênante, elle donna le sein à l'enfant en le plaçant sur un des coussins posé sur ses genoux, et une fois endormi elle le transportait ainsi dans son berceau; tous ces petits soins furent couronnés d'un plein succès.

Les enfants se plient, en général, avec une merveilleuse facilité à la volonté de ceux qui les élèvent; aussi on leur épargnera d'autant plus de chagrin qu'on les assujettira de meilleure heure à toutes ces exigences. Mais si l'on faiblit dès le début, on se prépare, ainsi qu'aux enfants, une foule d'inconvénients.

Il est possible, à un âge peu avancé, de rentrer dans la bonne voie; mais on n'y réussira qu'avec bien plus de peine, en causant

aux enfants bien plus de chagrins que si l'on s'y était pris de prime abord.

En effet, il suffira, pour faire prendre à l'enfant l'habitude de dormir dans son berceau, dès sa naissance, de le laisser crier un jour ou deux au moment du coucher; tandis que, pour l'y habituer plus tard, plusieurs jours sont nécessaires; et peu de mères peuvent tenir contre les cris, le désespoir de leur enfant, renouvelé si souvent, et quelquefois longtemps prolongé.

Du sommeil pendant le jour. — Le sommeil du jour est fort utile aux jeunes enfants jusqu'à un certain âge, dix-huit à vingt mois, par exemple, et l'on doit d'autant plus le favoriser que le sommeil ne prive pas l'enfant de la promenade du milieu du jour qui lui est si nécessaire; car à cet âge il dort très-bien en plein air.

Mais, plus tard, il passe le moment de la promenade à dormir à la maison, et se trouve privé, dans les saisons où l'on ne peut profiter, pour la promenade, que de quelques heures du jour, des effets salutaires de cette promenade. En outre, un séjour trop prolongé au lit ne développe pas leurs forces, et les prive pour la nuit d'un bon sommeil. C'est, en général, vers deux ans et demi que cette habitude doit être rompue.

Coucher les enfants de bonne heure et ne pas les exciter avant le sommeil. — Je terminerai en insistant sur la nécessité de coucher les enfants de bonne heure, à sept ou huit heures du soir jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans, et à huit ou neuf jusqu'à sept ou huit ans, et d'éviter avant le sommeil tout ce qui peut les exciter; les jeux doivent cesser quelque temps avant de procéder à la toilette de nuit, sans quoi le sommeil sera long à venir, et il sera moins calme.

§ 2. — Des bains, de la toilette et des soins de propreté.

Il est fort important de laver les enfants avec soin et surtout au moment de les coucher; ce soin contribue à l'entretien de leur santé, et évite les démangeaisons, qui sont si souvent l'origine des mauvaises habitudes.

Ces lavages, dans les premières semaines, doivent être faits à l'*eau tiède* pour toutes les parties du corps. Peu à peu on fera usage d'eau froide pour celles qui sont, en général, exposées à l'air extérieur, en ayant soin toutefois d'attendre que la moiteur de la peau soit passée. Mais, pour les autres, elles devront être lavées à l'eau dégourdie en hiver. Dans les pays septentrionaux, on fait un usage exclusif de l'eau froide; cette méthode peut être sans inconvénients pour les

enfants forts, et encore pas toujours, mais elle est certainement pernicieuse pour les enfants nés faibles.

Tous les enfants soumis à ce régime sont forts, dit-on; sans doute il fallait qu'ils le fussent pour le supporter, et alors ce régime a fini par leur porter profit; mais on ne parle pas de ceux que cet usage a fait succomber.

L'usage fréquent des bains leur est aussi très-favorable; il est bon de les y habituer dès les premières semaines, aussi bien à cause de l'influence favorable qu'ils exercent sur l'enfant, que pour les y accoutumer, ce qui est fort important. En effet, on se ménage ainsi une ressource précieuse en cas de maladie, ressource dont on est tout à fait privé si l'enfant craint l'eau; car ses cris, son agitation, neutralisent l'effet du bain, souvent même ils aggravent la maladie à laquelle on veut remédier par le bain.

Ici, bien plus encore que pour les lotions, je condamne l'eau froide, à moins que le bain ne soit pris à l'eau courante et lorsque l'enfant a dépassé quatre ou cinq ans. Le bain, dans ce cas, ne doit pas se prolonger au delà d'un quart d'heure. Mais, avant cette époque, l'enfant ne doit être plongé que dans un bain à la température de 25 à 30 degrés centigrades, et n'y rester que cinq à six minutes si le bain est donné chaque jour, comme cela est d'usage dans beaucoup de familles.

Dans tous les cas, je donnerais la préférence au bain du soir, avant le dernier repas. Il calme l'enfant avant son sommeil; cette précaution est surtout importante dans les mauvais temps, car souvent on n'exposerait pas les enfants, sans inconvénient, à un air extérieur, humide ou froid, au sortir du bain. C'est cependant ce qui aurait lieu si le bain était pris le matin, à moins qu'on ne prive l'enfant de la promenade qui lui est si salutaire.

Soins relatifs à la taille. — L'attention de l'accoucheur doit se porter avec une extrême sollicitude sur les circonstances qui peuvent influer sur le développement régulier du squelette, surtout chez les jeunes filles. Le bassin, en particulier, doit être surtout l'objet de cette sollicitude, à cause des conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter dans l'âge adulte.

Les petites filles, surtout si elles ont de la disposition au rachitisme, devront être soustraites aux pressions qui peuvent agir sur la circonférence du bassin. Pour cela, l'enfant devra être couché dans des attitudes variées la nuit, et seulement aux heures du sommeil du jour et sur un lit de fougère; il ne devra jamais être porté du même bras. On sait que les nourrices ou les bonnes ont l'habitude de porter l'enfant du bras gauche, pour se réserver l'usage du bras

droit. On se gardera de faire marcher les enfants de trop bonne heure, surtout s'ils ont beaucoup d'embonpoint et par conséquent un poids non encore en rapport avec la force du bassin et des membres inférieurs.

Et cette précaution devra être religieusement observée, quand bien même l'enfant paraîtrait désirer de marcher, étant soutenu par-dessous les aisselles; ce ne sera que par degré et à mesure que les forces s'accroîtront, qu'on lui permettra de faire quelques pas, encore devra-t-on avoir soin de le soutenir sous les bras avec les mains, non pas avec cette lisière en usage dans les campagnes, qui seulement empêche l'enfant de tomber en avant et abandonne tout le poids du corps sur le bassin et les membres inférieurs. Avant que l'enfant ait acquis assez de force pour faire quelques pas, il devra être abandonné sur un tapis à terre, et continuer à s'y rouler, jusqu'à ce que ses forces puissent lui permettre de se relever seul, et de marcher avec un peu d'aide.

Il ne faut pas croire qu'en agissant ainsi, on prive l'enfant d'un exercice salutaire, il n'en est rien : l'exposition au grand air, au soleil même, la tête étant couverte d'un chapeau, lui sera bien plus favorable que ce prétendu exercice que l'enfant prend en faisant quelques pas, et compensera très-bien la promenade, l'enfant étant porté, dans le cas où la disposition au rachitisme obligerait à le priver d'exercice.

Des coupures de la peau. — Les enfants gras, et qui ont la peau fine, se coupent dans les plis de la peau; il faut, dans ce cas, ne faire usage d'aucun corps gras, cérat ou autres; les ablutions fréquentes à l'eau de guimauve et la poudre de lycopode sont bien préférables.

On évite quelquefois ces accidents au cou de l'enfant, en lui faisant porter un petit collier à gros grains très-rapprochés les uns des autres.

Des garde-robes et des lavements. — Les garde-robes des enfants bien portants sont jaunes, liées et légèrement consistantes; elles se renouvellent en général deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures pendant le premier âge.

Des grumeaux blancs de lait caillé non digéré, et surtout la coloration verte des matières, indiquent un état de souffrance de l'enfant.

La fréquence, la liquidité, la fétidité des selles, sont autant de circonstances qui doivent aussi éveiller la sollicitude.

Il en est de même de la constipation.

La coloration verdâtre, qui se lie presque toujours à la liquidité

des selles, peut dépendre d'une alimentation artificielle de mauvaise nature ou trop substantielle. Elle peut résulter aussi d'une foule d'incommodités de la nourrice, du retour prématuré des règles, et surtout de l'altération du lait, quelle qu'en soit la cause.

Si les selles verdâtres sont peu liquides et peu abondantes, si surtout cet état n'est que passager et ne se renouvelle pas souvent, il suffira de réduire un peu l'alimentation pendant ce temps, et d'administrer à l'enfant quelques petits lavements.

Mais si la diarrhée était abondante, l'enfant devrait se contenter exclusivement du sein; toute alimentation étrangère devrait être supprimée. On fera usage de cataplasmes sur le ventre, de petits lavements à l'eau de guimauve seulement ou avec un peu d'amidon, une demi-cuillerée à café; mais l'usage de la décoction de tête de pavots devra être proscrit, par suite de la difficulté qu'on éprouve à doser ce médicament; le laudanum de Sydenham à la dose d'une goutte par lavement serait bien préférable.

La diète ne devra pas être rigoureuse, absolue; les boissons délayantes qui suffiraient à un adulte, en pareil cas, seraient tout à fait insuffisantes pour l'enfant.

La diète lui ferait souvent plus de mal que la maladie elle-même. Dans aucun cas l'enfant ne devra être tout à fait privé du sein. Seulement on éloignera un peu ses repas.

Enfin, il faudra s'assurer si cette altération dans la santé de l'enfant ne dépend pas de celle de la nourrice. Si rien chez elle ne peut expliquer cette diarrhée, et si elle persiste malgré les remèdes que je viens d'indiquer, il faudra craindre que cette disposition de l'enfant ne soit entretenue par un état particulier et inappréciable du lait de la nourrice, et recourir, pour s'éclairer, à un changement de lait.

Il suffit souvent de cette précaution pour faire cesser tous les accidents; elle indique alors la conduite à suivre ultérieurement.

La constipation, quoique plus rare que la diarrhée, se rencontre souvent dans les premiers jours qui suivent la naissance. Une cuillerée à café de sirop de chicorée, donné pur ou dans un peu d'eau sucrée, suffit pour vaincre cette incommodité.

Plus tard, quand elle se manifeste, le même moyen peut être employé avec succès; on y adjoindra avec avantage le choix des aliments : quant aux lavements, il faut en user avec réserve, dans la crainte d'y habituer l'enfant [1]. Je préfère un remède de nourrice,

[1] Cependant, chez les enfants sujets aux coliques, ou qui poussent des cris sans qu'on puisse connaître la cause de leur chagrin, j'ai presque toujours remarqué que le lavement était un calmant par excellence : aussitôt qu'il est administré, l'enfant s'apaise et s'endort.

que j'ai presque toujours vu couronné de succès, l'introduction dans l'anus d'une queue de feuille de poirée trempée dans l'huile, ou un petit suppositoire de savon.

La constipation, ainsi que la diarrhée, peut dépendre d'une altération particulière du lait inappréciable; le changement de lait est encore là un moyen d'épreuve qu'il faut employer, pour le continuer s'il est couronné de succès.

Du sucre, des bonbons et des gâteaux. — L'usage modéré du sucre dans les aliments ne peut avoir aucun inconvénient pour l'enfant; quant aux bonbons en sucre, quelle que soit leur nature, ils doivent être proscrits : la plupart contiennent des liqueurs excitantes dont l'usage ne pourrait qu'altérer les fonctions digestives. Les dragées proprement dites n'auraient pas en général le même inconvénient; mais elles en auraient un bien plus redoutable : leur forme, leur consistance, les rend difficiles à fondre, et pendant leur séjour dans la bouche de l'enfant, elles peuvent être aspirées par les voies aériennes et déterminer les accidents les plus graves.

Le seul bonbon qui doive être, à mon avis, accordé à l'enfant, est la petite pastille de chocolat pur. Elle fond immédiatement, et n'a que des propriétés salutaires.

Pour les gâteaux, quand l'enfant est plus âgé, la plupart se digèrent mal : les échaudés, les biscuits, les pâtes sèches, sont presque les seuls qu'on doive excepter.

Des vêtements. — Les vêtements des enfants, tels que l'usage les a consacrés de nos jours, réunissent tous les avantages. Leur nature varie suivant les saisons, et leurs formes laissent à l'enfant cette liberté de mouvements qui lui est si nécessaire.

Je n'aurai donc à fixer l'attention du médecin que sur quelques précautions particulières; jamais la tête de l'enfant ne devra être exposée au soleil sans qu'elle soit couverte d'un chapeau. Le col et le haut des bras doivent être tenus chaudement en cas de froid, surtout le matin et le soir. Il sera donc indispensable de ne jamais sortir à la promenade sans être muni de cravates, de manches, afin d'en faire usage si le temps venait à changer, ou si l'on se trouvait attardé; quant aux jambes et aux avant-bras, ils peuvent être dégarnis dans la belle saison; mais, dans la mauvaise, et dans nos climats où la température est si variable, les bras surtout doivent être recouverts.

L'usage de la flanelle sur la peau, à moins d'une nécessité absolue, doit être proscrit pour les enfants; elle entretient la peau dans une moiteur continuelle, qui fatigue et épuise souvent l'enfant.

Mais, s'il devient nécessaire de garantir l'enfant contre les chan-

gements trop brusques de température, s'il s'enrhume facilement, ce moyen pourra être mis en usage avec avantage.

Toutefois, il sera nécessaire de changer cette étoffe chaque jour, et de la faire laver convenablement; car elle s'imprègne des émanations corporelles qu'elle conserve autour du corps de l'enfant, et l'on comprend combien cette circonstance pourrait lui être nuisible.

Du soin de la tête. — Les nourrices, et par suite les mères, regardent comme très-dangereux pour la santé de l'enfant de dégarnir sa tête de la crasse qui s'y développe, et cependant les mères ne se résignent qu'à regret à la respecter. Leur amour-propre souffre de voir leur enfant perdre un de ses avantages; mais qu'elles se rassurent, elles peuvent en sûreté de conscience entretenir la tête de leur enfant parfaitement propre, sans craindre pour sa santé. Chaque matin, on aura donc le soin de lui laver la tête avec de l'eau tiède, et après qu'elle sera bien essuyée, on la brossera légèrement avec la petite brosse de chiendent que tout le monde connaît; par ce moyen, on ne s'opposera pas au développement de cette crasse, mais on la détruira, à mesure qu'elle se manifestera.

Si cette précaution n'avait pas été prise, ou si, malgré tous les soins, la tête et le front s'étaient couverts d'une couche plus ou moins épaisse de cette crasse, il faudrait la détruire petit à petit; car souvent, sous ces couches épaisses, le cuir chevelu s'ulcère, et il s'établit une suppuration qui met l'enfant mal à l'aise, et qu'alors on doit respecter, surtout si elle s'est établie depuis longtemps, jusqu'à ce qu'on lui ait ouvert une autre voie vers le derrière des oreilles. En outre des moyens que je viens de conseiller, on userait d'un autre qui m'a toujours réussi : il consiste à humecter la tête de l'enfant avec de l'huile ou de la pommade de concombre plusieurs heures avant de la brosser et de laver avec l'eau tiède savonneuse.

§ 3. — Du sevrage.

Pendant toute la première année, l'enfant ne doit pas cesser de teter, quand bien même les aliments qui lui sont donnés, conjointement avec le lait de femme, seraient bien digérés, et pourraient suffire seuls à son alimentation. Car ce qui peut faire reculer devant un sevrage précoce, c'est bien moins la difficulté d'alimenter l'enfant artificiellement, que les dangers que lui fait courir ce sevrage, s'il vient à être malade.

En effet, chacun sait que les affections des jeunes enfants ont bien moins de gravité, quand ils ne sont pas sevrés, que lorsqu'ils sont privés du sein, le lait de la mère servant à l'enfant de tisane et

de nourriture. Quand il est tourmenté par le travail de la dentition, qu'il refuse toute boisson, toute alimentation étrangère, il se laisse calmer avec le sein, et y puise des éléments réparateurs; tandis qu'il n'est pas rare de voir des enfants sevrés, dans les mêmes conditions, périr victimes des progrès de la maladie et d'inanition.

Il faut donc, avant de le séparer de sa nourrice, que l'enfant ait dépassé l'époque de la première dentition, qui est, en général, la plus orageuse; et cela n'a lieu qu'après l'apparition des incisives d'en haut et d'en bas, vers dix à douze mois environ, souvent plus tard; et dans ce dernier cas, le sevrage doit être différé : bien entendu que l'enfant aura dû être habitué petit à petit, et de bonne heure, à prendre une nourriture étrangère avant qu'on entreprenne de le sevrer. En procédant ainsi, on ne met pas toujours l'enfant à l'abri des accidents de la dentition : mais il est certain qu'on atténue, qu'on neutralise souvent les fâcheux effets de ce travail.

La saison pendant laquelle on sèvrera l'enfant n'est pas tout à fait indifférente : le printemps et l'automne doivent être préférés. Cependant, si l'enfant se porte bien, on peut le sevrer en hiver, en prenant toutes les précautions propres à le garantir des rigueurs de la saison. Toutefois l'été devra être préféré à l'hiver.

Quelques enfants se sèvrent pour ainsi dire d'eux-mêmes, et quelquefois de très-bonne heure, sans que leur santé en soit altérée; et cela se conçoit, ce sevrage prématuré n'ayant lieu spontanément que chez les enfants forts, et chez lesquels la dentition s'est avancée prématurément.

D'autres continueraient à teter volontiers après le douzième mois, mais ils se laissent priver du sein sans trop de regrets, quelquefois même sans s'en apercevoir.

Il suffit alors, pour sevrer l'enfant, de le distraire, loin de sa nourrice ou de sa mère, pendant les intervalles de l'allaitement, qu'on aura soin de rendre de plus en plus longs, la nuit d'abord, puis le jour jusqu'à ce qu'au bout de cinq ou six jours on soit parvenu à supprimer tout à fait le sein.

Le sevrage n'exige pas, chez la plupart des enfants, d'autres préparations, il suffira de leur faire boire de l'eau sucrée, du lait coupé indépendamment des autres aliments, quand ils manifesteront le désir de teter.

Enfin d'autres enfants ne se laissent priver du sein qu'avec de grandes difficultés, ils refusent obstinément toute nourriture, toute boisson étrangère, et réclament, par des cris violents et continuels, le sein dont on les a éloignés. Faut-il, dans ce cas, persévérer, et opposer à l'entêtement de l'enfant une fermeté impassible? Non,

sans doute, ce ne serait pas sans danger pour l'enfant; il faut procéder, dans ce cas, avec plus de lenteur, et que ce soit la mère ou la nourrice elle-même qui procède au sevrage petit à petit, en ayant soin de dégoûter l'enfant. Pour cela, elle applique sur le mamelon des substances d'une saveur désagréable : la coloquinte, l'aloès, m'ont paru réussir le plus ordinairement.

On peut encore avec avantage noircir le sein en totalité avec une composition innocente, et facile à enlever, telle qu'une solution de jus de réglisse, etc.

Le régime de l'enfant une fois sevré ne diffère en rien dans les premiers jours de celui que j'ai tracé pour l'enfant avant le sevrage, mais petit à petit on le rapprochera du régime habituel de la famille, en évitant, bien entendu, tous les aliments de haut goût excitants et d'une digestion difficile.

Je répéterai à ce sujet ce que j'ai dit des gâteaux, presque tous difficiles à digérer, si l'on excepte les biscuits, les échaudés et les pâtes sèches, des bonbons en sucre qu'il faut proscrire et remplacer par les pastilles de chocolat, etc.

J'ajouterai que l'on doit ménager toutes ces friandises, qu'elles ne peuvent tenir lieu d'aliments plus substantiels dont les repas réguliers et principaux doivent être composés, et qu'elles ne doivent être accordées qu'aux collations que l'enfant fait aux intervalles des repas.

Il est inutile d'insister sur ces précautions : chacun sait combien un bon régime alimentaire est indispensable au jeune enfant; combien il fortifie sa constitution, prévient certaines maladies et le dispose de bonne heure à supporter plus facilement celles auxquelles il est exposé.

§ 4. — De la vaccine.

On donne le nom de vaccine au développement de pustules qui résultent de l'inoculation, chez l'homme, de l'humeur contenue dans des pustules semblables développées sur le pis des vaches, et désignées sous le nom de cow-pox. Cette inoculation préserve presque constamment, pendant un temps considérable, de l'action appelée petite vérole, et diminue singulièrement l'action de cette affection, dans les cas très-rares où elle n'a pas soustrait complétement le malade à son influence [1].

[1] Pour une étude plus approfondie de cette question de la vaccine, des revaccinations, etc., je dois renvoyer à l'important ouvrage de M. le docteur J. B. Bousquet, ayant pour titre : *Nouveau Traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*, ouvrage couronné par l'Institut. Paris, 1848, in-8.

L'inoculation du cow-pox ou du vaccin se pratique au moyen d'une aiguille, d'une lancette, avec laquelle on pique très-légèrement la peau : c'est au bras que cette opération se pratique.

Je me sers, pour pratiquer la vaccine, d'une petite lancette très-fine, sur la lame de laquelle existe une petite gouttière qui sert à mieux conduire le vaccin sous l'épiderme. Cette lancette, imaginée par mon oncle, Jean Chailly, et que M. Velpeau a fait représenter [1], a le grand avantage : 1° d'éviter les accidents qu'une lancette ordinaire, qui aurait servi à vacciner et qui aurait été mal lavée, pourrait produire en saignant ; 2° de mieux conduire le vaccin ; 3° de ne déterminer aucune douleur, avantage que les mères apprécient singulièrement. La vaccine doit être pratiquée de bras à bras autant que possible, et le sujet qui fournit le vaccin doit être, quoi qu'on en ait dit, dans un état de santé parfait. On devra aussi s'abstenir de vacciner l'enfant qui serait même indisposé, dans la crainte que le malaise déterminé par le développement des pustules n'augmentât l'indisposition.

Fig. 282.

Un bras de l'enfant qui fournit le vaccin étant découvert, on pique une des pustules (ces pustules doivent être arrivées au huitième jour). On attend quelques instants que le virus ait formé une gouttelette à la surface de la pustule ; alors on charge la lancette, et saisissant le bras de l'enfant qu'on veut vacciner, on fait immédiatement en haut du bras une seule piqûre. La pointe de la lancette doit seulement être engagée sous l'épiderme ; ces piqûres sont alors si légères que l'enfant ne les sent pas, et qu'une fois faites, on a bien de la peine à en retrouver la trace. Ce procédé de vaccination est moins douloureux que celui qui est généralement suivi et surtout plus sûr. En effet, dans le procédé ordinaire, le sang qui s'écoule de chaque ouverture peut entraîner le virus.

Quel que soit le procédé qu'on ait suivi, il faut, contrairement à l'usage ordinaire, faire couvrir immédiatement le bras sans avoir la crainte d'enlever le virus, car l'essuierait-on exprès, qu'on ne réussirait pas à l'enlever.

On procède de la même manière pour l'autre bras.

L'opérateur doit avoir la précaution de vacciner tous les enfants au point du bras qui, chez les femmes, est toujours recouvert par les vêtements, quel que soit le genre de toilette, afin de ne pas lais-

[1] *Nouveaux Éléments de médecine opératoire* accompagnés d'un atlas de 22 pl. in-4, 2e édition, t. I, p. 377.

ser voir ni au-dessus ni au-dessous de la manche la cicatrice qui résulte des pustules. C'est aussi pour cela que je ne fais qu'une piqûre, je recommande ces précautions, quel que soit le sexe de l'enfant, pour éviter toute erreur, très-possible quand on vaccine plusieurs enfants à la fois.

J'ai toujours vu faire un très-grand nombre de piqûres, quelquefois quatre ou six à chaque bras, et il y a quelques années, j'en faisais encore trois. Maintenant je me suis réduit à une seule, la considérant comme bien suffisante. Je suis certain, en effet, qu'il suffit même d'une seule inoculation sur les deux que je fais pour infecter toute l'économie et que c'est méconnaître cette loi générale qui régit presque tous les virus que de se croire obligé de donner au virus vaccin plusieurs portes d'entrée.

Toutefois, j'ai remarqué que les cicatrices qui succédaient à ces inoculations uniques étaient quelquefois plus longues à s'effacer. Pourquoi ? je livre le fait, l'expliquera qui pourra.

On peut pratiquer cette opération avec du vaccin conservé à l'abri de la lumière et de l'air, entre deux petites plaques de verre, ou dans de petits tubes inventés par M. Bretonneau.

Pour le recueillir sur les plaques de verre, on attend qu'une gouttelette de vaccin soit venue saillir sur la pustule ; alors on applique les deux plaques l'une sur l'autre et on les enveloppe d'une feuille de plomb. Quand on veut se servir du vaccin, on le délaie avec une goutte d'eau froide, et l'on en charge la lancette. Pour le recueillir au moyen du tube ouvert par ses deux extrémités, on place un des bouts de ce tube sur la goutte de vaccin qui monte dans ce tube, puis on ferme ses deux extrémités à la flamme d'une bougie. Pour s'en servir, on casse les deux extrémités du tube, et, en soufflant par un bout, on chasse le vaccin dans une cuiller ; on peut, au besoin, faire monter dans le tube une goutte d'eau, et la chasser aussi pour obtenir tout le vaccin qui serait resté adhérent aux parois.

Loin qu'il y ait inconvénient à recueillir le vaccin, il y a, au contraire, avantage pour l'enfant sur lequel on le prend, les pustules ouvertes devenant, en général, le siége d'une inflammation moins vive que celles qui sont restées intactes.

Régime de l'enfant vacciné. — L'enfant doit être tenu chaudement. Du premier au troisième jour il peut être exposé à l'air ; du troisième jour au septième inclusivement, il doit être gardé à la chambre, à moins que la température ne soit très-chaude ; à partir du huitième il peut être sorti sans inconvénient. Rien, du reste, ne doit être changé à son régime habituel ; seulement. lorsque les auréoles

inflammatoires qui se développent autour de chaque pustule déterminent, par leur réunion, un érysipèle intense, on place sur les bras un cataplasme de farine de riz, on fait prendre à l'enfant des grands bains, et quand les pustules suppurent, on les recouvre d'un linge graissé de cérat.

Développement de la vaccine. — Quatre jours seulement après l'opération, paraissent, à l'endroit des piqûres, de petits points rougeâtres. Ces petites pustules s'accroissent rapidement; au cinquième jour, elles sont déjà assez étendues, saillantes, et elles paraissent ombiliquées; au sixième jour, elles sont plus aplaties et blanchâtres et déjà environnées d'une petite auréole rougeâtre. Au septième jour, elles sont d'une couleur plus nacrée, et leur auréole s'est accrue. Le huitième jour elles sont un peu plus gonflées, leur couleur est plus foncée, et leur auréole, qui est encore plus étendue, augmente encore pendant les trois jours qui suivent. Au dixième jour les pustules ont 7 à 8 millimètres de diamètre; elles sont très-gonflées, déprimées à leur centre : elles sont encore blanchâtres à leur surface. Au douzième jour commence la période de dessiccation, l'auréole inflammatoire pâlit, la pustule s'affaisse et se colore en jaune foncé; cette coloration devient de jour en jour plus brune; la pustule se dessèche et forme une croûte dure qui ne tombe que du quinzième au vingtième jour, en laissant après elle une cicatrice ineffaçable.

APPENDICE

DÉCLARATION DE NAISSANCE.

Je ne crois pas pouvoir mieux faire que de terminer par la reproduction d'un jugement rendu récemment par le tribunal civil de la Seine; il établit que l'officier de l'état civil est tenu d'inscrire la déclaration d'une naissance qui lui est faite par un médecin, sans désignation des noms du père et de la mère.

On connaît les difficultés sans nombre auxquelles ont donné lieu les interprétations des articles 56 et 57 du Code Napoléon relatifs aux déclarations des naissances par les docteurs, officiers de santé ou sages-femmes, et de l'article 378 du Code pénal sur le secret en mé-

decine. Au milieu des conflits qui résultent de l'application de ces deux articles et des jugements contradictoires qui ont été prononcés par plusieurs tribunaux dans ces circonstances difficiles, la conduite des médecins n'a eu jusqu'ici d'autre guide que leur conscience. Il serait vivement à désirer que des dispositions législatives plus précises et surtout plus conformes aux nécessités que l'expérience a fait connaître vinssent mettre enfin un terme aux hésitations et aux perplexités que suscite à cet égard la loi actuelle.

Voici le texte du jugement auquel nous venons de faire allusion et qui, jusqu'à ce qu'il ait reçu la sanction des juridictions supérieures, abritera provisoirement en pareil cas la responsabilité du médecin.

« Le tribunal, ouï en ses conclusions et plaidoirie Gressier, avocat, assisté de Estienne, avoué de Chailly, ensemble en ses conclusions M. Moignon, substitut du procureur impérial, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort, donne défaut contre la mairie du deuxième arrondissement de Paris, non comparant, et pour le profit ;

« Attendu que la présentation de l'enfant par le médecin est régulière, que le refus du maire du deuxième arrondissement n'est fondé sur aucun motif légal ;

« Ordonne qu'il sera tenu de recevoir et inscrire sur le registre des actes de naissance de la mairie, dans les vingt-quatre heures de la signification du présent jugement, la déclaration qui lui sera réitérée par le demandeur, en présence de deux témoins, de la présentation d'une enfant du sexe féminin, née le 31 octobre dernier dans la circonscription du deuxième arrondissement, de père et mère inconnus, à laquelle il entend donner le nom de Louise-Gabrielle de Sainte-Perrine, sinon et faute par le maire de ce faire dans ledit délai et celui passé, dit qu'il sera fait droit (1). »

[1] *Union médicale*, février 1855.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

ABAISSEMENT 215, 268
ABCÈS des fosses iliaques 950
— du sein 931
ABDOMEN, son état comme signe de grossesse 67
ABSORPTION de l'air par les veines utérines 750
ACCIDENTS dans la présentation du sommet 415
— de la délivrance 896
— des suites de couches 923
— qui résultent de l'application du forceps 666
— qui sont de nature à retarder ou à empêcher l'accouchement .. 414
ACCOUCHEMENT (De l') 337
— dans le cas de jumeaux 384
— prématuré artificiel, 159, 197, 198, 240, 244 à 254, 477, 541, 545, 546.
— prématuré 360
— prématuré spontané 210
— spontané (De l') 1
— spontané dans la présentation du sommet 364
— spontané à terme 339
ACÉPHALIE 1010
ADHÉRENCES anormales du placenta. 894
— des parois vaginales et brides transversales 537
AFFECTIONS de l'utérus pendant la grossesse 328
AGALAXIE 926
AGE du lait 1026
AGGLUTINATION de l'orifice externe .. 494
AIGREURS 165
ALBUMINURIE 176, 192, 193
ALLAITEMENT artificiel 1012
— maternel 1014, 1016
— soins qu'il réclame pendant la grossesse 1016
ALLANTOÏDE 53
ALTÉRATIONS du lait 1030
AMNIOS 53, 55, 74, 104
— (Hydropisie de l') 208
AMPUTATION du bras 874
AMYÉLIE 1009
ANENCÉPHALIE 1010
ANESTHÉSIE (Mort par l') 766
ANESTHÉSIQUES 751
ANKYLOSE du fœtus 607
ANIMALCULES 46
ANNEAU vulvaire (De l') 39
ANOMALIE dans le mécanisme de l'accouchement 491
ANOREXIE (De l') 164
ANTÉFLEXION 217
ANTÉVERSION 216, 268, 947
ANTILAITEUX 414
APHTHES 399
APPLICATION DU FORCEPS 435
— (Dangers de l') quand la tête n'est pas sortie de l'orifice utérin. 431
— au détroit supérieur. 544, 546, 748, 743
— (accident) 666
— n'est jamais régulière au détroit supérieur 649
— (Effets fâcheux de l') tentée sur l'épaule 886
APOPLEXIE des nouveau-nés 397
ARÉOLE du sein (Coloration de l') ... 66
ARRACHEMENT de l'ombilic 712
— de l'utérus 484
ARRÊT des bras au détroit supérieur (version) 700
ASCITE, complication de la grossesse. 326
ASPHYXIE des nouveau-nés 397
— vaincue après trois heures de soins 398
— par la constriction du cordon autour du cou ou des membres .. 453
ASTHME (Soins que réclame l') 437
AUSCULTATION 79
— (Diagnostic des présentations et des positions du fœtus par l'). 93
— appliquée au diagnostic de la grossesse composée 131
— appliquée au diagnostic des positions 643
AVORTEMENT obstétrical 240
— provoqué 160
— et hémorrhagie 271
AXE du bassin 648

B

BAINS des enfants..... 1048
— pendant la grossesse..... 334
BALLON de Gariel..... 471
BALLOTTEMENT..... 76
BASSIN..... 3
— (Excès d'amplitude du)..... 203
— mal conformé..... 213
— oblique..... 222
— vicié (Indications du)..... 538
— vicié (Du) par rapport à la version..... 671, 674
BATTEMENTS du cœur du fœtus..... 82
BEC-DE-LIÈVRE..... 1007
BELLADONE (Effet de la) sur le col.. 428
BIBERONS..... 1034
BOUTS de seins..... 933
BRAS (Engagement de la tête et du). 888
BRIÈVETÉ du cordon..... 281, 450, 836
BRONCHOCÈLE..... 953
BRUIT de souffle..... 79

C

CADUQUE (de la membrane)..... 55
CAILLOT..... 497
CALCULS vésicaux..... 595
CARONCULES myrtiformes..... 38
CATHÉTÉRISME..... 406
CAUSES de l'accouchement..... 340
CÉPHALALGIE..... 170
CÉPHALOMATOME..... 982
CÉPHALOTRIBE, 522; —ayant arraché et perforé l'utérus..... 484
— dans la présentation pelvienne. 847
CÉPHALOTRIPSIE, 265, 528, 555, 558, 672, 715, 941
CHAMBRE de l'accouchée..... 389
CHANGEMENTS que subit l'œuf dans la trompe..... 49
CHLORO-ANÉMIE (opinions de M. Bouillaud)..... 135
CHLOROFORME..... 426, 478, 546, 739
CHOIX de la main (le) n'est presque jamais rigoureux dans la version.. 679
CHOIX d'une nourrice..... 1022
CHORION..... 73, 57, 104
CHUTE du rectum..... 1004
CIRCULATION fœtale..... 124
CLOAQUE transitoire..... 54
COCCYX..... 5
COL (Modifications du)..... 98
— (Oblitération du)..... 495
COL (Déchirures du)..... 935
COLIQUES..... 170
COLORATION de la vulve (opinion de M. Jacquemin sur la)..... 67
COLOSTRUM..... 1015
COMPRESSION de l'aorte.. 471, 472, 898, 914, 937
— (inanité des raisons avancées contre la)..... 900
— (observations)..... 902
— (opinion de M. Belin sur la). 34
COMPOSITION du lait..... 1029
CONCEPTION..... 45
CONDUITS galactophores..... 43
CONGESTION cérébrale..... 192
CONSTIPATION (De la)..... 166
CONTAGION de la fièvre puerpérale.. 972
CONTRACTILITÉ organique des tissus. 298
— de l'utérus..... 297
CONTRACTIONS abdominales (exemple d'accouchement par les)..... 342
— irrégulières ou pathologiques, 416 423, 434
— spasmodiques..... 201
— spasmodiques de l'utérus... 891
CONTUSIONS du tissu cellulaire du détroit supér. (moyen d'éviter les). 672
CONVULSIONS..... 181
— partielles..... 199
CORDON..... 320, 449
— inséré sur les membranes... 109
— ombilical..... 109
— (brièveté du)..... 836
— (chute du)..... 412
— (compression du)..... 449
— (compression du) dans la présentation pelvienne et dans celle du sommet..... 833
— (ligature du)..... 396
— (procidence du)..... 439
— (rupture des vaisseaux du). 458
— (section des membres par la constriction du)..... 453
CORPS fibreux..... 571
COUPURES de la peau..... 1050
CRAMPES..... 170, 437
CREVASSES du sein..... 932
CROCHET aigu, banni de la pratique. 610
— mousse dans la présentation pelvienne..... 844

D

DÉBRIDEMENT de l'utérus dans les

les cas de rupture..... 488
DÉBRIDEMENT des bras; ramener en arrière l'épaule qui est en avant pour faciliter le dégagement du bras. 692
DÉCHIRURES du col..... 456, 934
— du vagin..... 486
— spontané de l'orifice..... 570
— du périnée..... 942
DÉCLARATION de naissance 1058
DÉCOLLEMENT du placenta..... 457
DÉCROISSEMENT (du forceps)..... 611
— des branches..... 613
DÉGAGEMENT de la tête restée dans l'excavation après la version pelvienne. 693
— des bras. Ramener en arrière l'épaule qui est en avant pour faciliter le dégament du bras..... 692
— manuel de la tête retenue au détroit supérieur après l'issue du tronc..... 708
DÉGOUTS..... 164
DÉLIVRANCE artificielle..... 889
— dans l'avortement..... 307
— naturelle..... .01
— dans le cas de jumeaux..... 402
DENTS (Douleurs des)..... 171
DÉMANGEAISONS..... 270
DÉPLACEMENT de l'utérus..... 946
— pendant la grossesse..... 267
DESCENTE de l'utérus..... 947
DESTRUCTION du périnée..... 945
DÉVELOPPEMENT anormal de certaines parties du fœtus..... 600
— anormal du ventre..... 209
— du produit pendant les trois premiers mois..... 49
DIAGNOSTIC de la grossese..... 63, 387
— des présentations et des positions du fœtus..... 93
— du travail..... 387
DIARRHÉE (De la)..... 166, 1000
DIÈTE de l'accouchée..... 241
DILATATION du col..... 350
— artificielle..... 259
DIRECTION vicieuse de l'orifice..... 509
DISTENSION de l'utérus..... 420
— de la vessie 597
DIVISION du palais..... ... 1007
DOULEURS ou contractions..... 348
DOULEURS de dents..... 171
— de reins..... 171
DOULEURS des pieds, des mains, du pubis..... 955
DYSMÉNORRHÉE hystéralgique de Gendrin..... 64
DYSPEPSIE..... 156, 165
DYSPNÉE..... 168
DYSTOCIE, cause occasionnelle d'éclampsie..... 184

E

EAUX de l'amnios..... 110, 120
— teintes de méconium..... 449
ÉBLOUISSEMENTS..... 169
ECCHYMOSE..... 981
ÉCLAMPSIE..... 181
— (Fait d')..... 545
— ses liaisons avec l'albuminurie 178
— (Traitement de l') 474
ÉCOULEMENT blanc et sanguin des petites filles..... 993
ÉCRASEMENT multiple de la tête, procédé de l'auteur..... 721, 884
ÉDUCATION physique des enfants.... 1014
EFFETS de l'accouchement sur les intestins, la vessie et les organes génitaux..... 949
ÉLECTRICITÉ, cause d'avortement... 277
EMBRYOTOMIE (tronc)..... 879
EMBRYOTRIPSIE au moyen d'applications multiples du céphalotribe par ma méthode..... 560
EMPHYSÈME général du fœtus..... 606
ENCÉPHALOCÈLE..... 1013
ENDURCISSEMENT du tissu cellulaire. 990
ENFANT, état de souffrance dans le sein maternel..... 320
— résistance à prendre le sein. 408, 1019
— Syphilis chez l'enfant.. 988, 1043
— Sommeil de l'enfant..... 1045
— Promenade de l'enfant..... 1037
ENGAGEMENT prématuré de la tête.. 536
— avant le travail..... 431
— du bras et de la tête.... 512, 554
— des deux mains..... 512
— d'une autre partie en même temps que la tête..... 509
— d'un pied ou des deux pieds avec la tête..... 513, 698
— de deux têtes en sens inverse..... 525, 526
— de la tête et des fesses..... 839
ENGORGEMENT des seins..... 929

ENGOURDISSEMENT du nouveau-né, le forcer à teter 1020
ENTORSE du coccyx 946
ENVIES ou pica 165
ÉPAULE (Présentation de l') 847
— ne peut remplacer la tête spontanément 887
ÉPUISEMENT de la mère 874
— des forces 425
ÉRYSIPÈLE 987
ÉRYTHÈME 987
ÉTAT de souffrance du produit pendant la grossesse 320
— nerveux 155
ÉTHER 433, 739
ÉTROITESSE du vagin 266, 536
— de la vulve 533, 696
ÉVOLUTION forcée 877
— spontanée 428, 851
EXCÈS de volume du fœtus 599
EXOPHTHALMIE 985
EXOSTOSE du bassin 265, 574
EXPULSION spontanée du placenta .. 889
EXTRÉMITÉ pelvienne 819
— (Opérations obstétricales dans l') 843
— Pronostic 830

F

FACE (Dégorgement de la) 773
— (Position mento-postérieure de la) 775
— Pronostic pour la mère et pour l'enfant 781
— Dangers de l'intervention par le procédé de Baudelocque. 781, 785, 788
— Réduction de la présentation. 791, 794
— (Obstacles mécaniques dans l'accouchement par la) 800
— (Application du forceps dans la présentation de la) 803
— (Ramener le menton toujours en avant dans la présentation de la). 805
— (Du forceps au détroit supérieur dans la présentation de la). 817
FAIBLESSE congéniale 397
— de l'utérus 415
— du cordon 890
FAUSSE grossesse 143
FAUX travail 388
FÉCONDATION 45
FESSES, aider quelquefois à leur dégagement dans le dernier temps de l'expulsion 835
FIÈVRE de lait 284, 411
— déterminée par la lésion des organes 955
— puerpérale 957, 965
— nerveuse 962
FILET 1007
FISTULES vésico et recto-vaginales .. 651
— vésico-vaginales 941
FŒTUS, son développement aux divers termes de la grossesse 58
— à terme 111
— monstres 527
— multiples adhérents 529
— multiples isolés 523, 840
FOLLICULES de la vulve 205
— muqueux du col 96
FONCTIONS du fœtus 119
FONGUS hématode 981
FONTANELLES 113
FORCEPS dans les présentations inclinées 518, 521
— au détroit supérieur 550
— resté dans les organes (Extraction du), par M. Dubois 554
— au détroit supérieur 555, 556
— (Dissimuler la vue du) 619
— au détroit supérieur (Application du) 620
— Cas dans lesquels il doit être appliqué 620
— Position transversale 641
— au détroit supérieur (Application du) 648
— Application au détroit supérieur 654
— au détroit supérieur (Glissement des branches du) 660
— au détroit supérieur, le tronc bouchant l'excavation (Impossibilité de l'application du) 675
— (Application du) après l'extraction du tronc 706
— Scie 723
— (Application du) au détroit supérieur 743, 746
— dans la présentation pelvienne 846
— (Application du) dans la présentation de la face 803

FRACTURES des os du crâne..... 984
— du bras..... 702

G

GALACTIRRHÉE..... 923
GANGRÈNE des nouveau-nés..... 989
— de la vulve..... 993
GARDES (Préjugés des), au sujet du lavage des mains et de la figure.. 405
GERÇURES des seins..... 932
GLAIRES sanguinolentes..... 350
GLANDES mammaires..... 42
— tubulaires de l'utérus..... 33
— utérines..... 33
GLISSEMENT du forceps..... 660
GONFLEMENT et flux lactescent des seins des enfants..... 923
GROSSESSE..... 45
— (Diagnostic de la)..... 63, 387
— (Incommodités et maladies de la)..... 146
— (Influence de la) sur les maladies..... 336
— anormale..... 133
— compliquée d'ascite et de tumeurs enkystées..... 326
— composée..... 129
— extra-utérine..... 133
— (Fausse)..... 143
— molaire..... 144
— normale..... 48

H

HÉMACÉLINOSE..... 993
HÉMATÉMÈSE (Soins que réclame l')..... 437
HÉMOPTYSIE (Soins que réclame l')..... 437
HÉMORRHAGIE externe..... 897
— Gravité (de l')..... 302, 567
— gastrique des enfants..... 1002
— interne..... 287, 897
— intestinale des enfants..... 993
— ombilicale..... 994
— par le cordon..... 922
— utérine..... 455
— (Puissance de l'homme de l'art dans l')..... 920
HÉMORRHOÏDES..... 152
HERNIE de l'utérus..... 269, 430
— (Soins que réclame la)..... 437
— congéniale..... 1003
— vagino-labiale..... 269
HYDATIDES..... 145
HYDROCÈLE congéniale..... 1003
HYDROCÉPHALE..... 1003
HYDROCÉPHALIE..... 600, 602
HYDROMÈTRE..... 142
HYDROPISIE..... 179
— ascite..... 604
HYDRORRHÉE..... 211
HYDROTHORAX (Soins que réclame l'). 437
HYPERTROPHIE des reins du fœtus.. 607
HYSTÉRIE..... 187

I

ICHTHYOSE..... 989
ICTÈRE des nouveau-nés..... 992
IMPERFORATION de l'anus..... 1008
IMPRESSIONS morales (Effet des) sur le travail..... 419
INANITION (Fièvre et délire déterminés par l')..... 956
INCISIONS du col..... 473, 484
— du périnée..... 628
INCOMMODITÉS et maladies de la grossesse..... 146
INCURVATION des membres inférieurs. 226
INERTIE de l'enfant après sa naissance..... 408
— utérine..... 890
— des intestins..... 949
INFECTION syphilitique..... 208
INFLAMMATION de l'ombilic..... 996
— des symphyses..... 954
INFLEXION de la colonne vertébrale. 225
INJECTIONS utérines..... 309
— vaginales..... 308
INSERTION du placenta..... 937
— anormale..... 468
— sur le col..... 457
— sur l'orifice..... 904, 905, 906
INSTRUMENTS d'accouchement..... 386

J

JUMEAUX (l'un expulsé avant terme, l'autre continuant à se développer). 290
— (Accouchement)..... 384
— (Délivrance dans le cas de).. 402
— (Version dans le cas de).... 695

L

LACÉRATIONS des parties molles.. 934, 935
LAIT (De l'âge du)..... 1026
— des moyens de constater sa quantité et ses qualités..... 1026
— de sa composition..... 1028
— de ses propriétés nutritives,

de sa richesse ou de sa pauvreté. 1029
LAIT. De son altération par le colostrum ou le pus..... 1030
— doit être la seule nourriture de l'enfant jusqu'à cinq ou six mois. 1034
— Reproduction de la lactation. 993
— d'ânesse..... 1043
LÉSIONS de l'utérus..... 553, 667
LEUCORRHÉE des petites filles..... 993
— des nourrices..... 1041
LEVIER..... 668
LIGAMENTS larges..... 36
— ronds..... 36
LIT de travail..... 392
— de suites de couches..... 404
LOCHIES..... 410
— après l'avortement..... 284
— séreuses..... 212
LUXATIONS congéniales du fémur... 226

M

MALADIES de l'enfant pendant la grossesse..... 320
— de l'enfant nouveau-né..... 981
MANIE..... 170
MÉCONIUM (Eaux teintes de)..... 449
— (Issue du) dans la présentation pelvienne..... 836
MEMBRANES (Résistance et rupture des)..... 493
— granuleuse..... 23
— vitelline..... 23, 50
MÉMOIRE (Abolition de la)..... 190
MENSTRUATION..... 64, 1040
MENSURATION du bassin... 227, 229, 673
MÉTÉORISME..... 992
MÉTRITE (cause d'avortement)..... 275
MÉTRO-PÉRITONITE..... 406, 958
MEURTRISSURES..... 981
MOBILITÉ de l'utérus..... 698
MODIFICATIONS de l'utérus..... 63
— de l'utérus et du produit.... 48
— des seins..... 65
— du col..... 88
MÔLE..... 144
MONSTRES..... 529
MORT de l'enfant..... 419
— du fœtus (pendant la grossesse)..... 324
— du produit..... 285
— subite de la femme en couches..... 751, 955
MOUVEMENTS actifs..... 75
— passifs..... 76
— de restitution..... 369
MUGUET..... 998

N

NAISSANCES prématurées et tardives.. 337
NAUSÉES..... 156
NÉVRALGIES..... 170
— utérines..... 172
NŒUD du cordon ; précision de diagnostic; pronostic vérifié..... 321
NOURRICE. Choix, âge..... 1022
— Constitution; état des dents. 1024
— L'examen doit être complet.. 1024
— (Du régime de la)..... 1036
— Conseils à donner à la nourrice par rapport à elle et à l'enfant qu'elle allaite..... 1038
— Des principaux accidents qui peuvent mettre dans l'obligation de changer de nourrice..... 1040
— Des crevasses ou gerçures du mamelon..... 1039
— Du retour des règles et pertes en rouge..... 1040
— De la leucorrhée..... 1041
— De l'état de grossesse..... 1041
NOURRITURE de l'accouchée..... 409
NUTRITION du fœtus..... 119

O

OBLIQUITÉ utérine..... 268, 520, 426
ODONTALGIE..... 171
ŒDÈME des grandes lèvres..... 597
— de la vulve..... 952
— des nouveau-nés..... 990
ŒUF à terme..... 102
— (Évolution de l')..... 58
OMBILIC (Arrachements de l')..... 712
OPÉRATION césarienne.. 263, 265, 555, 731
— vaginale..... 428
— obstétricales..... 608
OPHTHALMIE purulente des nouveau-nés..... 997
ORGANES de la génération..... 20
ORIFICE ; sa dilatation par rapport à la vessie..... 677
OSTÉOMALACIE..... 224
OSTÉOSARCOME..... 583
OVAIRES..... 20
OVULE..... 23

OVULE (Arrivée de l') dans la matrice..... 50

P

PALPITATIONS..... 168
PARALYSIE pendant la grossesse..... 201
— du nerf facial..... 985
— de la vessie..... 937
PARAPLÉGIE (Soins que réclame la) 437
PELVIMÈTRES..... 230
PELVIS, compression du cordon dans la présentation pelvienne..... 834
PEMPHIGUS..... 987
PEPSINE..... 160
PERFORATION du crâne, 545, 550, 558, 604, 672, 676, 712-715, 711, 721
— des membranes..... 260
— du périnée..... 533, 545
PÉRINÉE..... 42
— (Déchirure du)..... 628
— (Incision du)..... 628
— (Moyen de ménager le)..... 634
— (Perforation du)..... 533, 945
— (Résistance du)..... 533
— (Soutenir le)..... 394
PÉRITONITE..... 937
PERSISTANCE de l'hymen..... 533
— des règles..... 64
PERTE D'EAU pendant la grossesse, 211-289
— de sang..... 150
— externe..... 897
— interne..... 897
PLACENTA ayant continué à croître après la mort de l'enfant..... 289
PHÉNOMÈNES nerveux simulant la grossesse..... 143
— physiologiques du travail.... 343
PHLEGMON du bassin..... 950
PHLEGMATIA alba dolens..... 978
PHTHISIE (Soins que réclame la).... 437
PICA ou envies..... 165
PIEDS du fœtus..... 687
PIQURES de l'utérus..... 311
PLACENTA..... 105
— (Extraction du)..... 309
— (Résorption du)..... 309
PLÉTHORE..... 148, 419
— locale (cause d'avortement). 275
— locale..... 320
POCHE des eaux..... 351
POINTS de côté..... 171
POLYPES..... 571
PONCTION dans l'ascite chez la femme enceinte..... 327
POSITION occipito-postérieure..... 379
— inconnue (Application du forceps dans la)..... 636
— inconnue (Application du forceps dans la)..... 643
— ne pas la confondre avec la présentation..... 785
PRÉSENTATION de la tête (Déterminations instinctives de l'enfant comme cause de la)..... 117
— et positions du fœtus..... 353
— du sommet..... 360
— (Accidents dans la)..... 415
— de deux têtes..... 524
— d'une tête et d'un pied..... 525
— ne pas la confondre avec la position..... 785
— du tronc (Accouchement spontané dans la)..... 849
PROCÉDÉ de Baudelocque à l'occasion de la présentation de la face. 781, 785, 788
— de Félix Hatin..... 613
— pour l'application du forceps au détroit supérieur..... 652
PROCIDENCE du cordon, 222, 439, 448, 556
PROLAPSUS utérin..... 431
PROLONGATION du travail déterminée par la brièveté du cordon... 453
PTYALISME..... 166
PURGATIFS après l'accouchement ... 413

R

RACHITISME..... 224
RAIDEUR cadavérique de l'enfant.... 532
— obstacle à l'accouchement... 420
RECTUM (soins qu'il réclame pendant le travail)..... 390
REDRESSEMENT de la tête..... 517, 520
RÉDUCTION du cordon..... 446
— de la présentation de la face. 791, 794
— des présentations..... 802
REFOULEMENT de la tête (Se bien garder d'exercer le)..... 681
RÉFRIGÉRANTS..... 473
RÉGIME de l'accouchée..... 390, 405
RÈGLES (Persistance des)..... 64, 65
— (Suppression des)..... 64
— chez la nourrice..... 1040
RENVERSEMENT de l'utérus..... 922

RÉPLÉTION du rectum..... 597
RÉPULSION des branches du forceps (Précepte important à l'occasion de la)..... 617
RÉSISTANCE des membranes, 315, 420, 493
— du périnée..... 533
RÉSORPTION du placenta..... 309
RESPIRATION du fœtus..... 123
RESSERREMENT de l'orifice interne... 696
RÉTENTION d'urine..... 203, 949
— (Constater chez la nouvelle accouchée qu'il n'y a pas de).... 406
— utérine..... 698
RÉTROFLEXION..... 217
RÉTROVERSION..... 216, 268
RHUMATISME utérin..... 201-202, 425
— (cause d'avortement)..... 275
RIGIDITÉ du tissu utérin (cause d'avortement)..... 275
— du col utérin..... 422, 696
— de l'orifice..... 496, 567
ROTATION du menton en avant..... 805
— manuelle des épaules dans le bassin, pour favoriser le dégagement du bras postérieur. Procédé Dubois..... 692
RUPTURE des vaisseaux du cordon... 458
— artificielle des membranes 420, 421
— de l'utérus pendant la grossesse... 311, 458, 486, 488, 571, 836
— au point de vue de l'extrémité pelvienne..... 837
— du périnée..... 628
— du vagin..... 489
— prématurée de l'œuf..... 351
— prématurée des membranes..... 505, 507
— tardive de l'œuf..... 852

S

SAIGNÉES pendant la grossesse.. 151, 153
— dans l'éclampsie..... 195
SECTION du cou..... 503
— (doit être abandonnée)..... 879
— du tronc..... 880
— oblique du thorax..... 885
SÉCRÉTION du lait..... 67
SEGMENT inférieur de l'utérus (Propulsion prématurée du)..... 431
SEIGLE ergoté..... 415, 416, 570
SEINS (Endolorissement des)..... 259
— (Modifications des)..... 65
SENSIBILITÉ des organes..... 433
SEVRAGE..... 1053
SEXE de l'enfant (Ne pas déclarer immédiatement le)..... 396
SIGNES de la grossesse (Résumé synoptique des)..... 100
— de présomption..... 64
— de probabilité..... 13
— précurseurs du travail..... 343
SOINS relatifs à la grossesse..... 334
— à donner à la femme pendant le travail..... 386
— à donner à l'enfant (Objets propres à donner des)..... 391
— à donner à la mère et à l'enfant après l'accouchement... 396
— à donner après la délivrance. 403
SOUFFLE utérin..... 79
STÉTHOSCOPE..... 84
SUITES de couches..... 404
SUPPRESSION des règles..... 64
SUPPURATION de l'ombilic..... 996
SUTURE du périnée..... 996
SYMPHYSÉOTOMIE..... 725
SYMPHYSES (Relâchement des)..... 287
SYNCOPE..... 199, 437
— mortelle à la suite de couches. 751
SYPHILIS. Cause d'avortement. Opinion de Ricord..... 293

T

TACHES de naissance..... 581
— embryonnaires..... 50
— germinatives..... 24
— hémorrhagiques..... 993
TAMPON de Gariel..... 468
TÊTE (Engagement de la) et du bras. 888
— (Présentation de la)..... 117
— du fœtus (Diamètre de la)... 115
TENSION de la peau..... 270
THROMBUS de la vulve..... 204
TOILETTE de l'accouchée..... 390
— de la femme..... 403
— de l'enfant..... 400
TORSION du cou de l'enfant.... 116, 710
— du tronc dans la version (Ne pas forcer la)..... 829
TOUCHER..... 69, 388
TOUX..... 168
TRANCHÉES..... 407, 409
TRANSFUSION du sang..... 912
TRAVAIL de l'accouchement..... 344

TRAVAIL (Diagnostic du) 387
TRIJUMEAUX 129, 515
TROMPES utérines 27
TRONC (Présentation du). L'intervention est la règle 849
TROU de Botal (Persistance du) 1009
TROUBLE du système nerveux 65
— des fonctions de la vessie et des reins 203
— des fonctions digestives 65
TUBERCULES papillaires 66
TUMÉFACTION des seins 269
TUMEURS enkystées de l'ovaire 326
— du bassin 579
— de l'utérus 563
— fongueuses 573
— de la vulve et du vagin 597
— mobiles 593
— enkystées de l'utérus 571
— développées sur l'enfant 604
— sanguines 982
TYMPANITE 142, 951

U

ULCÉRATIONS folliculaires 208
UNION des grandes et des petites lèvres 532
URINE, ses caractères pendant la grossesse 176
— (État de l') résultant du trouble des fonctions de la vessie. 203
UTÉRUS 27
— (Modifications de l') 63
— (Réduction de l') 218
— (Rupture de l') 836

V

VACCINE 1056
VAGIN 37
— (Lacérations du). 936, 938, 939, 941
VAISSEAUX du cordon étendus à la surface de l'œuf 459
— omphalo-mésentériques 52
VARICES 240
— des lèvres 598
VARIÉTÉS de présentation (De l'accouchement dans les) 371
— pariétale 372
— frontate 374
VARIÉTÉS de présentation du sommet (Obstacles déterminés par les). 516
— de présentation frontale 801
VARIOLE 989
VERGETURES 90
VERSION 668
— arrêt des bras au détroit supérieur 700
— (Difficultés de la) 690
— céphalique 669, 857, 863
— pelvienne 518, 670
— (Procédé impraticable et dangereux conseillé à propos de la). 685
— procédé de Kilian (Épaule) 870
— (Conseils puériles ou dangereux donnés à l'occas. de la) 677, 681, 687
— (Tronc) 860, 864, 874
— (Conseils ridicules donnés à l'occasion de la) 689
— (Dégagement de la tête dans l'excavation après la). Procédé Lachapelle 693
— spontanée 850
VERTIGES 169
VESSIE (Soins qu'elle réclame pendant le travail) 390
VÉSICULE blastodermique 50
— de Graaf 21
— germinative 24
— ombilicale 53, 55, 58
VÊTEMENTS de l'accouchée 391
VIABILITÉ 128, 213
VICES DE CONFORMATION du bassin 538
— (Influence des) sur la grossesse 239
— des parties molles 266
— Influence (des) dans la présentation pelvienne 842
— des nouveau-nés 1004
VISION (Troubles de la) 184
VITELLUS 23
VOLUME de l'enfant (Influence de la diète sur le) 241, 242
VOMISSEMENTS 65, 156
— incoercibles 161, 163
— pendant le travail 436
— des enfants 1000
VOYAGES pendant la grossesse 334
VULVE 40

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.